Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. E. Kretschmer

Zur Psychopathologie der endogenen Magersucht.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
in der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg

vorgelegt von
Hans Friedrich v. Trott zu Solz
aus Hannover

Marburg 1938

Druck: Hessischer Verlag Karl Euker, Marburg-Lahn

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg
am 24. Juni 1938.
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.
Referent: Professor Dr. E. Kretschmer.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Einleitung.

Über das Zusammentreffen von Magersucht mit Charakterveränderungen wurde namentlich in den letzten Jahren mehrfach berichtet; doch vermißt man bisher nähere Schilderungen des leibseelischen Gesamts solcher Bilder. Bei den schweren körperlichen Veränderungen tritt die psychische Alteration oft in den Hintergrund, es wird aber so häufig auf die Mitbeteiligung des Seelischen hingewiesen, daß man darin keinen Zufall mehr sehen kann. Viele solche Fälle können geradezu als Schulbeispiele dafür dienen, wie körperliche und seelische Störungen ineinandergreifen. „Die psychophysische Einheit ist durch nichts plastischer zu illustrieren als durch jene Krankheitsbilder" *(v. Bergmann*[1]*)*. Hier ist die leibseelische Gesamtbetrachtung entsprechend den Grundsätzen moderner Konstitutionsbiologie nicht bloß die reizvollste, sondern die einzig angemessene Betrachtungsweise.

Ein zunächst unklares Empfinden für psychophysische Zusammenhänge begann im „Leib-Seele-Problem" Gestalt anzunehmen, und bald erhob man die „Leib-Seele-Einheit" zur Forderung und endlich zur Tatsache. Sie ist heute mehr als eine reine Intuition oder ein dem heutigen Ganzheitsbestreben entsprungener Gedanke. Mit der Konstitutionsbiologie wurde die neue Betrachtungsweise für die Medizin, besonders für das psychiatrische und internistische Fach von wegweisender Bedeutung. In der Lehre von der Konstitution als der leibseelischen Gesamtverfassung verschmelzen subtilste physiologische mit elementarsten psychologischen Tatsachen zu einem lebendigen Ganzen, das sich in zwei völlig getrennten Begriffssprachen darstellt: seine „Außenseite" (Stoffwechsel und Körperbau) fällt in den naturwissenschaftlichen Bereich, seine innere (Temperament und Charakter) ins Gebiet der Psychologie, einer Geisteswissenschaft. Der Begriff „Konstitution" bedarf, auch wenn er jene gänzlich heterogenen Wissensgebiete zusammenschließt, heute keiner Rechtfertigung mehr: Die Auffassung, daß Funktionsschwankungen im Nerven- und Säfteleben wie seelische Abläufe und Tätigkeiten Äußerungen *eines* Geschehens sind, ist unentbehrlich geworden. Die Konstitutionsbiologie als Wissenschaft von der menschlichen Veranlagung überhaupt führt individuelle Eigentüm-

lichkeiten des Stoffwechsels und Temperaments auf komplexe keimplasmatische Anlageeinheiten zurück (Persönlichkeitsradikale). Diese bilden die Grundlage für den Körperbau, der vom Stoffwechsel, und den Charakter, der vom Temperament her bestimmt wird. Wer alles Dazwischenliegende überschaut, bewundert die Kühnheit und Sicherheit des Blickes, mit der *Kretschmer* seinerzeit Körperbau und Charakter in Beziehung setzte. Von Körperbau und Charakter des Menschen, die ohne besondere Hilfsmittel unmittelbar durch Beobachtung zugänglich sind, mußte die Anlageforschung ihren Ausgang nehmen. Inzwischen ist man weiter in den biologischen Persönlichkeitskomplex eingedrungen und hat auch hie und da über das funktionelle Verhalten Aufschluß gewonnen. Doch bleibt für die Forschung über den Zusammenhang zwischen individuellen äußeren und Wesenseigentümlichkeiten noch Spielraum genug, auch wenn psychische Tests, Stoffwechselversuche, Blutdruckkurven, Capillarmikroskop und Psychogalvanometer heute feinere Einblicke ermöglichen. Das von *Kretschmer* begonnene Werk hat bereits zu umfassenden Ergebnissen geführt, es weist aber vor allem auch als Programm weit in die Zukunft hinaus und stellt vor eine Fülle neuer Aufgaben. Zwischen leiblicher und seelischer Veranlagung eines Menschen lassen sich gewiß noch manche Beziehungen aufdecken. Bei der weiteren Ausgestaltung der Lehre von den Konstitutionstypen wird man die leibseelischen Verknüpfungen immer wieder am Lebenden studieren und sich dabei möglichst einfacher Mittel bedienen, um lebensnahe, eindeutige Befunde zu erhalten.

Vorliegende Arbeit baut auf zum Teil älterem Krankenmaterial auf, das im Rahmen der üblichen klinischen Beobachtung gewonnen wurde. Auf die eingehende Beschreibung der einzelnen Fälle wurde das Hauptgewicht gelegt.

Körperliche Symptome.

Wie die Skelettproportionen nach beendetem Wachstum das ganze Leben hindurch fast unverändert bleiben, so kommen auch erheblichere Körpergewichtsschwankungen vor der Involution in der Regel nur vorübergehend und bei besonderen Anlässen vor. Normalerweise wird das Gewicht von der Pubertät bis zum Klimakterium weitgehend konstant erhalten. Bei Pyknikern und vielfach auch bei anderen Körperbauformen nimmt das Fettpolster im späteren Leben zu, während manche Leptosome im Rückbildungsalter zum Abmagern neigen. Der Turgorverlust, das „Welkwerden" der Haut, ist dagegen wie das Ergrauen allen Konstitutionen im Alter gemeinsam und wird nicht etwa durch Abnahme des Unterhautfettgewebes verursacht. Der Eindruck der Verbrauchtheit und des Gealtertseins wird auch weniger durch Abmagerung als durch Nachlassen des Hautturgors hervorgerufen.

Bei der endogenen Magersucht werden solche Veränderungen nicht selten vorzeitig beobachtet: Haarausfall, Brüchigwerden der Nägel und Zähne, Ergrauen, fahle, trockene Haut von schlaffem Turgor und andere Symptome des Senium praecox können den extremen Fettschwund begleiten. Außerdem erhält das Bild oft noch deutlich krankhafte Züge durch gelbliches oder auffallend graufahles Kolorit oder gar durch Addison-artige Pigmentierungen. Die außerordentliche Schlaffheit der Muskulatur, der kleine weiche Puls, die Bradykardie, das äußerste Darniederliegen aller vitalen Funktionen vervollständigen das Bild. Nicht selten persistieren kindliche Züge und gehen mit den senilen merkwürdige Mischungen ein; ihnen entsprechen psychische Infantilismen, die uns später beschäftigen sollen. Nicht so sehr die Abnahme des Fettpolsters, sondern die qualitativen Veränderungen der Gewebe und vor allem des Stoffwechsels sind für das Wesen der Krankheit wichtig. Der Gewichtssturz dürfte meistens durch Reduktion des Muskelgewebes, Eintrocknung und Turgorverlust mitbedingt sein; aber da man nicht weiß, wieviel auf Konto der letzteren wesentlicheren Veränderungen zu rechnen ist, bietet die Gewichtsabnahme kein Maß für die Schwere des Leidens. Fortschreitender Gewichtsverlust ohne äußere Ursache deutet aber immer auf einen tiefgreifenden konstitutionellen Prozeß und wird als solcher meist mit seelischen Veränderungen einhergehen, auch wenn es nicht zur Kachexie mit unmittelbar toxisch bedingten psychischen Störungen kommt.

Die endogene Magersucht (e. M.) entwickelt sich häufiger bei Frauen, meist nach schleichendem Beginn und langen Vorboten; der Zeitpunkt ihres Auftretens zeigt teilweise deutliche Beziehungen zur Pubertät, noch öfter beginnt sie Anfang Dreißig und imponiert dann als vorzeitige Erschöpfung der Blutdrüsen. Das Zustandsbild unterscheidet sich in schweren Fällen nicht vom Bilde der hypophysären Kachexie *(Simmonds),* es kann auch einem Morbus Addison ähneln; doch entsteht es, wie der Name sagt, endogen, und zwar, indem es bereits vorhandene Abweichungen im Sinne des asthenischen Habitus immer stärker unterstreicht und ins Groteske und Krankhafte steigert. Im Gegensatz zur asthenischen Konstitution als Variante im Rahmen des Normalen ist hier wirklich der Ausdruck „asthenische Konstitutionskrankheit" *(Stiller)* am Platze.

Konstitutionelle Beziehungen.

Von der harmlosen „endogenen Magerkeit", die mit dem gesunden asthenischen Konstitutionstyp identisch ist, bis zur relativ seltenen Kachexie bestehen Übergänge: Abortive Fälle von e. M. können eines Tages rascher progredient werden und bis zu schwersten Stadien fortschreiten, oder es kann nach einer gewissen, oft unwiederbringlichen Einbuße an Vitalität ein Stillstand eintreten. Dem Körperbau nach schließt sich die e. M. also unmittelbar an den asthenischen Flügel des leptosomen Typus. Sie zeigt dessen Besonderheiten in verstärktem Maße und ist weniger durch die Art als durch die Progredienz ihrer Symptome davon verschieden.

(Leptosomer Habitus)
Asthenischer Habitus
Endogene Magersucht
Pluriglanduläre bzw. „hypophysäre" Kachexie.

Erbkonstitutionell erscheint die e. M. gelegentlich als krankhafte Verzerrung des überzüchteten, zugleich vitalschwachen und überdifferenzierten „Dégénéré supérieur". Außer zu diesem ziemlich prägnanten Typus bestehen noch Beziehungen zu uncharakteristischen, polymorph degenerativen Konstitutionsformen. Die e. M. ist nach *Kalk*[2]) in ihrer schweren Form, der hypophysären Kachexie, oft mit anderen endokrinen Krankheiten in der Familie verbunden. Angeborene, bzw. früh erworbene konstitutionelle Schäden, wie Früh- oder Zwillingsgeburt, schwere Ernährungsstörungen u. dgl., können ebenfalls das Auftreten einer e. M. begünstigen. Doch während zarteste Astheniker in geschützten Verhältnissen gesund

bleiben und ein hohes Alter erreichen können, kommt es bei kräftigeren Konstitutionen durch schädliche Einflüsse (Infektionskrankheit, Erschöpfung, ungünstige Lebensweise und situative Belastungen) nicht selten zu erheblichen Insuffizienzerscheinungen im Sinne der Asthenie („klinische Asthenie"). Solche später erworbenen konstitutionellen Schäden beeinflussen natürlich den Knochenbau und die Proportionen fast gar nicht. Die derzeitige Verfassung, das augenblickliche funktionelle Verhalten drückt sich dann nach außen hin lediglich in Weichteilveränderungen aus. Zu seiner Beurteilung sind vor allem Hautfarbe und -beschaffenheit, Weite der Lidspalte und Glanz der Augen, Muskeltonus und mimische Innervation heranzuziehen. Um das funktionelle Verhalten des Stoffwechsels und der Vasomotoren zu erfassen, kennt man zwar heute auch feinere Methoden; diese sind aber der Beobachtung mit dem Auge nicht wesentlich überlegen. Entwicklungshemmungen, wie sie das Capillarmikroskop aufdeckt, lassen sich meist auch äußerlich erkennen. Demgegenüber erscheint die Feststellung von *Jahn* und *Greving*[3]) wertvoll, daß der „asthenische Stoffwechsel" durch experimentell faßbare Anomalien gekennzeichnet ist, durch die sich die schizoiden Temperamente auch physiologisch klar vom pyknisch-zyklothymen Formenkreis abheben. Daß durch diese Befunde das funktionelle gegenüber dem morphologischen Verhalten für die Beurteilung der Konstitution mehr Gewicht erhält, ändert nichts daran, daß die „klinische" (bzw. funktionelle) Asthenie besonders häufig und ausgeprägt beim asthenischen Habitus vorkommt. Leptosome und vor allem Astheniker zeigen im Durchschnitt eine besondere Tendenz zu gewissen Defekten, welche psychisch in der ungünstigen Prognose der Schizophrenie und der atypischen Depressionen und körperlich in der Neigung zu unwiederbringlichen Gewichtsverlusten, zu Erschöpfungszuständen und vorzeitigem Altern zum Ausdruck kommt.

Unterformen und Spielarten der endogenen Magersucht.

Kretschmer[4]) erwähnt in „Körperbau und Charakter", daß Astheniker oft isolierte athletische bzw. akromegaloide Einschläge oder Stigmen im Sinne des eunuchoiden oder hypophysärem Hochwuchses aufweisen (überschießenden Hüftumfang, Behaarungsanomalien und auf chronische Stoffwechselstörungen deutende Abnormitäten der Weichteiltrophik). Für die hier mitzuteilenden Fälle (5, 6 und 7) noch besonders wichtig erscheint seine Beobachtung, daß Männer mehr nach dem akromegaloiden oder eunuchoiden Hochwuchs hinneigen, während bei asthenischen Frauen der infantil-hypoplastische Kümmerwuchs vorwiegt. *Thannhauser*[5]) hat die Asthenie nach den

verschiedenen endokrinen Stigmen in Unterformen aufzuteilen versucht, doch ist seine wichtigste Gruppe, die „Magerkeit mit hypophysären bzw. hypophysär-genitalen Stigmen", mit dem Gros der schwer asthenischen Konstitutionen im Sinne *Kretschmers* in Eins zu setzen. Dasselbe gilt vom Typ des „Hyposympathicotonikers" von *Frank*[6]), der seinerseits die Nebennierenkomponente betont:

„Die pseudovagotonische Konstellation koinzidiert sicher oft mit einer Hypoplasie des chromaffinen Systems; beide wachsen auf einunddemselben konstitutionellen Boden und sind gekennzeichnet durch Unterentwicklung, besonders der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale, kümmernden Hochwuchs mit Magersucht, kleinem Herzen, Tiefstand des Zwerchfells und Ptose der Eingeweide ... Der Sympathikus dieser Menschen entbehrt, wenn kräftige Aktionen von ihm verlangt werden, der Gefolgschaft des gleichsinnig wirkenden Hormons, dessen Ausschüttung er zwar beherrscht, aber bei mangelhafter Anlage des hormonbildenden Gewebes nicht in genügendem Maße bewirken kann. Wahrscheinlich müssen manche schweren Asthmaformen, die Neigung zu tiefen Ohnmachten und Kollapsen, ja Todesfällen im kalten Bade oder in Narkose auf eine Unfähigkeit des Organismus zu wirksamer Gegenregulation mit Eigenadrenalin zurückgeführt werden. Menschen mit niedrigem Blutdruck, Bradykardie, niedrigem Nüchternblutzucker, herabgesetztem Grundumsatz, relativer Lymphozytose, die oft über krampfhafte Schmerzen im Epigastrium klagen, sind einer mangelnden Funktion des sympathico-adrenalen Systems verdächtig."

Auch die Schilddrüse ist oft mit im Spiel, und zwar gehen die Fälle hierin wohl am stärksten auseinander: Auch wenn man die thyreotoxischen Formen ausscheidet, findet man bei den schweren Asthenien vielfach basedowoide Zeichen. *Martini* und *Pierach*[7]) beobachteten bei ihren Fällen mit asthenisch-hypotonischem Symptomenkomplex fast immer das eine oder andere Symptom dieser Art (Schweißneigung, Speichelfluß, Tremor, Glanzauge, innere Unruhe und Angstgefühle u. a. m.). *Rabe*[8]) erwähnt noch weitere Überfunktionserscheinungen: Temperatursteigerungen bei Bewegung und vor der Menstruation, „flackernde Körperwärme". Das Verhalten von Grundumsatz und spezifisch-dynamischer Wirkung ist durchaus uneinheitlich und wechselt selbst im einzelnen Falle. *Knipping*[9]) nimmt sogar in leichteren Fällen und bei Jugendlichen eine Überfunktion des Hypophysenvorderlappens an, während in schweren zweifellos eine Insuffizienz dieser Drüse vorliegt. Wie es scheint, bilden die „basedowoiden" und „vagotonen" Formen der e. M. die äußersten Flügel einer kontinuierlichen Reihe; denn eine Abtren-

nung der hyperthyreotischen Formen begegnet etwa denselben Schwierigkeiten wie die Einteilung der vegetativ Labilen in Vagotoniker und vegetativ Stigmatisierte. Die Unterscheidung *Szondis*[10]) von „apathischen" und „irritativen" Neurasthenien, die in gleicher Richtung geht, erscheint noch weniger glücklich. Gerade dem neurasthenischen Syndrom, der „reizbaren Schwäche", begegnet man bei Asthenikern immer wieder. Sie neigen zu Überreiztheit und Abgespanntsein in wechselnder Mischung; dieses auffällige Nebeneinander läßt sich zwanglos als Kombination von endokriner Insuffizienz mit zentralen Reizerscheinungen verstehen. Das Defizit an vitaler bzw. hormonaler Spannkraft können nur zusätzliche zentralnervöse Impulse und allgemeine Erregbarkeitssteigerung ausgleichen. Das physiologische Korrelat der durch die Leistungsschwäche bedingten vermehrten seelischen Anspannung bildet Sympathicusreizung mit Ausschüttung von Thyroxin. Der oft mit Hypoplasie des Drüsengewebes verbundene Mangel an Wirkstoffen führt als Ausgleich anscheinend gesetzmäßig zu Funktionssteigerungen in den Zentren um den dritten Ventrikel und zu sogenannten „hyperthyreotischen" Erscheinungen. Doch wenn in vielen Fällen innere Unruhe, Schweiße oder reaktive Steigerungen von Temperatur und Pulsfrequenz auftreten, so ist für das kachektische Stadium das Gegenteil charakteristisch: Appetitlosigkeit, Frigidität, Versiegen der Schweißsekretion, Herzerweiterung und Bradykardie, Untertemperatur, Herabsetzung des Grundumsatzes und der spezifisch-dynamischen Wirkung, Hautveränderungen sowie psychische Verlangsamung und Antriebsverlust — alles Zeichen, die man als „hypothyreotisch" deuten könnte. Nach dem Gesamtverlauf möchte man annehmen, daß jene kompensatorischen Überfunktions- und Reizerscheinungen (ebenso wie die vermehrte Anspannung und „Überkompensation" im Psychischen) die fortschreitende Verschlechterung anbahnen, oder mindestens beschleunigen können.

Im ganzen handelt es sich also bei der endogenen Magersucht um pluriglanduläre Störungen, und zwar vorwiegend im Sinne des Ausfalls und der Unterfunktion; die Schilddrüse, die der zentralnervösen Steuerung in besonderer Weise unterliegt, macht hiervon eine Ausnahme. Die mannigfachen Varianten, die sich durch die wechselnde Beteiligung der verschiedenen Blutdrüsen im Bilde der e. M. ergeben, sind naturgemäß nicht scharf gegeneinander abgrenzbar, und auch typologisch schwer zu erfassen. Diese Unterschiede müssen im Psychischen, „in dem wir die feineren klinischen Zeichen besitzen" *(v. Bergmann),* besonders deutlich hervortreten.

Das psychische Verhalten.

Über das psychische Verhalten bei e. M. finden sich in der Literatur folgende Schilderungen:

„In den leichteren Fällen findet man eine mehr oder weniger ausgesprochene Psychasthenie und Neurasthenie ... Die Kranken ziehen sich zurück, werden Einsiedler ... Oft werden sie auch launenhaft, egozentrisch und schließlich immer schwieriger, tyrannisieren die Umgebung ... In den vorgeschrittenen Stadien ist die Müdigkeit besonders ausgesprochen und erreicht äußerste Grade ... Die Kranken kommen auch psychisch herunter, können sich selbst nicht mehr ertragen, können in eine fast hysterisch zu nennende Labilität hineingeraten ... Sie fallen leicht in Weinparoxysmen, bekommen Nervenschocks ... sprechen Suicidalpläne aus, die sie doch meist nicht ausführen. In einem Fall wurden hysteriforme Anfälle beobachtet, die sich als hypoglykämieschockartig herausstellten." *(Kylin*[11]*.) v. Bergmann*[1]) betont außerdem auch eine Rückkehr infantiler Züge: Ungebärdigkeit, ja Ungezogenheit, Freude an Kindermärchen; in einem Falle „immer festere Verankerung an die Mutter, trotz aller Nötigungskämpfe beim Essen mit Tränenausbrüchen". Bei einem 28jährigen Manne war die Mutterbindung so stark, daß er noch heute darauf besteht, daß ihm die Mutter bei der Defäkation assistiere. „Oft fehlt die tatkräftige Einstellung zu den Lebensaufgaben, das Spielerische der kindlichen Psyche überschneidet sich oft mit intellektuell richtigem Urteil und Depression über das Versagen im Leben und Lieben." In einem Fall verschwand die Anorexie schlagartig auf Progynon, so daß die Patientin ihre plötzliche Sinnesänderung nicht zugeben mochte und nachts in die Speisekammer eindrang, um sich sattzuessen. In zwei anderen Fällen wiederholte sich dies in ähnlicher Weise. In einem weiteren Fall, wo es zu einem Suicidversuch kam, fanden sich dauernd subfebrile Temperaturen, die sich nicht erklären ließen; diese schwanden mit den übrigen Krankheitserscheinungen auf Ovarial- und Hypophysenpräparate. *Thannhauser*[5]) beobachtete ebenfalls „Involution des Charakters, egozentrisch-asoziale Einstellung, allgemeines Unlustgefühl", die Kranken würden deswegen oft für hysterisch angesehen. *Curschmann*[12]) schildert Fälle von pluriglandulärer Insuffizienz mit Magersucht und Asthenie vom Typ des „Dégénéré supérieur", die zum Teil eine Gelbfärbung der Haut wie bei Bronzediabetes aufwiesen. Es sind lebensschwache, differenzierte Naturen: ein männlicher Patient ist weich, versonnen, empfindlich, eine weibliche Kranke anmutig, intelligent, geistig anspruchsvoll und gewählt, psychisch sehr erregbar und zu Tränen geneigt; sie konnte anfangs nur mit Hilfe einer

Begleitperson am Stocke gehen, ihre Dysbasie wird psychotherapeutisch geheilt. Ein Fall von *Meteling*[13]) wurde als Hysterie eingewiesen, eine andere Kranke hatte Verfogungsideen und Beziehungsgefühle. *Kaufmann*[14]) berichtet über drei Fälle, die zum Teil einen „ans Psychotische grenzenden Autismus zeigten". Ein Fall von *Kylin*[15]) ist noch besonders zu erwähnen: ein hereditär belasteter Bauer wird im Anschluß an Mumps mit Orchitis immer schweigsamer und verschlossener, sitzt schließlich nur noch verträumt und wie geistesabwesend herum, verhält sich eigensinnig und ablehnend, stark hypochondrisch, diagnostiziert an Hand medizinischer Bücher Krankheiten an sich selbst und meint, er müsse sterben. Wegen des Fehlens einer Denkstörung war Schizophrenie auszuschließen; das Bild kam im Laufe von 25 Jahren mit den Symptomen einer Simmondsschen Kachexie zur Entwicklung. Von *Hübschmann*[16]) ist ein weiterer Fall mit psychischen Störungen beschrieben: „Gedankenablauf stark verlangsamt... Kranker verweigert die Nahrungsaufnahme, wird bewußtlos (hypoglykämisches Koma), Besserung nach Traubenzuckerinfusion... psychisch stets sehr verschlossen, maskenartige Starre des Gesichts, die von keiner Gemütsbewegung durchbrochen wird, Patient klagt keine Beschwerden. Bekommt dann akute psychotische Zustände, äußert ekstatisch, der Erlöser sei gekommen und predige auf der Straße. Ist dann wieder sehr still und deprimiert, verweigert Fleischnahrung... Beschäftigt sich viel mit eschatologischen Dingen, ist auch vorübergehend zugänglicher. Tod nach vier Wochen an Lungenabszeß. Autoptisch: Atrophie aller endokrinen Drüsen, dabei Vermehrung des Inselgewebes. Bindegewebsvermehrung in Hypophyse und Keimdrüsen." *v. Weizsäcker*[17]) konnte den Wechsel von Heißhunger und Anorexie sowie das Schwanken der gesamten Vitalität bei e. M. sehr eindrucksvoll an Trauminhalten verfolgen. Die Schilderung einiger Neurastheniker bei *Schargorodsky*[18]) ist hier noch von Interesse: Ein vorher gesunder Mann beginnt nach schwersten körperlichen und seelischen Belastungen in der russischen Revolution an Depressionen, allgemeiner Schwäche, Apathie und heftiger nervöser Erregbarkeit zu leiden. 1919 bekommt er ein hartnäckiges Ekzem und 1922 bemerkt er, daß er auf seiner Haut Muster zeichnen kann. Er fühlt sich minderwertig und nutzlos, „irrt wie ein Schatten umher" (vgl. Fall 7), ist sehr ermüdbar und zerstreut, empfindlich und weinerlich, „jähzornig ohne äußeres Sichtbarmachen". War interesselos, schweigsam und zurückhaltend, beobachtend geworden. Nachts leidet er unter Albdrücken und schweren Träumen. — Ein anderer Fall zeigt kategorisches Denken in starren Begriffen, Verlangsamung und An-

passungsunfähigkeit, Gedächtnisschwäche, starke emotionelle Empfindlichkeit, affektive Spannung, Unsicherheitsgefühl, Kleben an Mißerfolgen, Mutlosigkeit. Sehr egozentrisch, scheut sich beständig, seine Minderwertigkeit zu offenbaren, errötet leicht und schlägt die Augen nieder. Verhält sich schroff, zurückhaltend, ist aber leicht zu offener Aussprache zu bewegen. — Ein dritter ist affektlabil, die Gefühle werden mehr innen durchlebt, entladen sich selten. Patient stellt hohe Anforderungen an sich und versagt sehr rasch bei Schwierigkeiten. — Ein vorher gesunder Arbeiter verliert durch Diebstahl eine unter Entbehrungen verdiente Geldsumme. Spricht darauf mit niemandem, legt sich schlafen und schläft acht Stunden hindurch; danach starke motorische Entladung, er rennt mit dem Kopf gegen die Wand, schreit und weint viel. Beruhigt sich nach drei Tagen, fühlt sich nun ganz krank, leidet unter Schwindel, Zittern, unruhigem Schlaf, Haarausfall und Schmerzen im ganzen Körper, ist reizbar, empfindlich und hypochondrisch. Blutdruck 105/75 mm Hg.

Diese Schilderungen decken sich in vielem mit der des psychischen Verhaltens der T-Typen von *W. Jaensch*[19]). Dieser betont Stimmungsbeeinträchtigung, Unfrische, Minderwertigkeitsgefühle, ängstliche Träume und Sprechen im Schlaf und vor allem starke Perseverationstendenzen. „Das betreffende Individuum ist mager und dünn, das Gesicht hat oft schlaffe Züge und ist manchmal schon bei jungen Leuten faltig. Viele haben die fixe Idee, daß gewisse Organe nicht richtig funktionieren ... Der geistige Zustand ist sonderbar und interessant ... einige sind verständig und äußerst intelligent, bei anderen kommt es zu reizbarer und verdrießlicher Stimmung. Einige werden Grübler und interessieren sich im höchsten Maße für ihre eigenen körperlichen und geistigen Angelegenheiten. Das Leiden beeinflußt ihre Ansichten in wesentlichen Dingen" (zit. nach Mackenzie).

Im Anschluß hieran seien folgende Fälle der Universitäts-Nervenklinik zu Marburg mitgeteilt:

1. Hilde Wehnich, geb. 1911.

Hered.: Mutter groß, schlank, nervös; hatte 1928 Nervenzusammenbruch. Vater pyknisch-zyklothym. Vorgesch.: Pat. ist Zwillingskind, war immer magerer und empfindlicher, zurückhaltender als die Zwillingsschwester. Lernte gut, bekam aber nicht gleich eine Stelle wie diese. Blieb zu Hause, hängt sehr an der älteren Schwester, lehnt die Zwillingsschwester stark ab, mochte nicht gern mit ihr zum Tanzboden gehen, fürchtete, wegen ihrer Magerkeit aufzufallen. Erste Periode mit 16 Jahren, 1½ Jahr regelmäßig; dann, als die Mutter den Nervenzusammenbruch hatte, regte sich Pat. sehr auf und veränderte sich im Wesen. Gleichzeitig setzte die Periode aus. Sie ißt seitdem nicht mehr ordentlich, behält das Essen im Mund, um es draußen auszuspucken. Ist in ihrer Stimmung schwankend und sehr empfindlich ge-

worden. Kam einmal weinend nach Hause, als sie beim Tanzen versehentlich gestoßen worden war; horcht hinter der Tür, weil sie glaubt, es werde über sie gesprochen. Hat noch keinen Freund wie die Zwillingsschwester. Bis Februar 1929 nahm sie 12 Pfd. ab, wog nur noch 39,5 kg, nach Insulinkur in der Medizinischen Klinik nahm sie 7 kg zu. Der Blutdruck betrug hier 110/70 mmHg. Rö.: Tropfenherz, Sella normal, auch sonst kein krankhafter Befund. Ißt seither am liebsten nur Brot und Obst. Weil es ihr wieder schlechter geht und Wiederholung der Insulinkur erfolglos blieb, kommt sie Ende März 1929 zur Beobachtung in die Nervenklinik. Befund: Sehr graziler Knochenbau, dürftige Muskulatur, mäßig durchblutete Schleimhäute, dürftiger E. Z. Lanugo im Gesicht und an den Armen, blasse, auffällig glänzende, glatte Gesichtshaut. Hoher, schmaler Gaumen, Gebiß defekt, Tonsillen groß und zerklüftet. Schilddrüse leicht vergrößert. Flacher, langer Thorax. Gewicht 43,8 kg bei 1,63 m Größe. Blutdruck 95/65 mm Hg, Puls 76/min. Im Blutbild 56% Lymphozyten. Aschner, resp. Arrhythmie, und Dermographismus, Hyperhidrosis der Hände und Füße, starke Akrozyanose. Genitale mäßig entwickelt. Myopie, Anisokorie. Psychisch: Hyperästhetisch-gesperrt, still, macht sich viel Gedanken, weil sie nicht gesund aussieht; die Leute auf der Straße sähen sie an, man lache über sie, weil ihre Nase so dick sei u. dgl. Leidet offensichtlich unter der Insuffizienzsituation. — Als sie Anfang Mai 1930 zur Behandlung wiederkommt, ist noch eine allgemeine psychomotorische Verlangsamung festzustellen. Puls jetzt 56/min., Blutdruck 95/70 mm Hg. Gewicht 45 kg, Pat. ist noch 4 cm gewachsen. An der Stirn papierdünne, glänzende Haut, auch sonst gespannte, trockene Haut von leicht livider Farbe, besonders an den Streckseiten. Ihr einsilbig empfindsames Wesen tritt noch stärker hervor; sie antwortet willig, kühl, ein wenig von oben herab, sehr verhalten. Bei leicht sensitiv-paranoischer Verarbeitung der Gesamtsituation bestehen keine tiefer verankerten Komplexe, alles ist aus der Situation heraus einfühlbar. Sie ordnet sich auf Station reibungslos ein, ißt gut, nimmt zu und erholt sich körperlich. Psychisch ist sie zunächst schüchtern und still, jungmädchenhaft verschämt, doch bald weniger autistisch und zugänglicher. Therapie: Unden, Promonta, dann kleine Dosen Insulin. Die Haut wird frischer, weicher und füllt sich etwas; auch im Affekt ist sie lebendiger und aktiver, drängt schließlich selbst nach Hause und wird mit einem Gewicht von 48 kg entlassen. Der anfänglich gute Gewichtsanstieg machte gleichzeitig mit den Insulingaben einem leichten Gewichtsabfall Platz.

Zusammenfassung: Pluriglanduläre Magersucht in der Pubertät mit sklerodermieartigen Hautveränderungen, Amenorrhoe, Hypotension und psychischen Veränderungen. Psychasthenisch-sensitive Veranlagung.

2. Elfriede Dörr, geb. 1895.

Hered.: Vater athletisch, leidet an Asthma. Mutter eher groß, schlank, etwas nervös, sehr ernst und streng; leidet ebenso wie zwei Schwestern der Pat. häufig an Kopfschmerzen. „Wir sind alle mit den Nerven etwas empfindlich." Ein Bruder der Pat. starb mit zwei Jahren an Lebensschwäche, ein anderer mit sechs Jahren an Pneumonie. Vorgesch.: Als Kind schon immer schwächlich und nervös, oft krank. Im Schulalter Masern, Diphtherie und Pneumonie. Lernte gut, machte beim Spielen gern mit, war aber zu lebhaft und leicht aufgeregt. „Meine Mutter bremste immer, schlug mich oft,

ihr strenges Wesen hat auf mich abgefärbt." Erste Periode mit 17 Jahren. „Das kommt gelegentlich etwas früher, wenn ich mich aufrege." Nach der Schule vom 17. Jahr ab arbeitete sie als Küchengehilfin im Krankenhaus, litt viel unter Kopfweh; fühlte sich morgens immer „wie gerädert" und war auch oft über Tage müde. Oft wurde es ihr schwarz vor den Augen und übel, nicht selten mußte sie erbrechen. War immer zu hastig bei der Arbeit, und wenn ihr etwas gesagt wurde, konnte sie leicht scharf werden, so daß es ihr hinterher leid tat. Später bei einem Fabrikanten in Stellung: „aufgeregter Haushalt", da verschlimmerten sich die Kopfschmerzen, sie klappte zusammen, „konnte einfach nicht mehr". Der Arzt hielt es für Tbc. und schickte sie in eine Lungenheilstätte. Zuhause ging es dann wieder eine Weile mit der Arbeit. Ein Verhältnis, das sie mit 25 Jahren hatte, ließ sie zurückgehen, „die Mutter mochte den Jungen nicht, der Arzt war dagegen usw." Im Winter fühlte sie sich meist schlechter, hatte viel Kopfweh, Herzbeschwerden und Rückenschmerzen. Sommer 1934 besonders starke Beschwerden, nachts öfters Angstzustände mit Zittern, Schweißausbruch und innerer Unruhe. Bei einem Schlaganfall des Vaters Oktober 1934 regte sie sich sehr auf, bekam danach heftige Schmerzen im rechten Oberbauch mit Erbrechen. Der Arzt sprach von Galleanfall. Danach begann auch starkes Kopfjucken und Haarausfall, sowie Verstopfung, sie nahm den Winter 1934/35 15 bis 20 Pfund ab. Fühlte sich immer sehr schwach, mußte sich beim Aufstehen überall festhalten. Appetitlosigkeit wechselte mit Heißhunger. Jedes Wort, das zu ihr gesprochen wurde, regte sie auf. Alles ermüdete sie stark, schon eine Unterhaltung. Weihnachten ging es ihr besonders schlecht, sie hatte öfters Galleanfälle, war manchmal einen halb Tag lang schwermütig und dachte, es würde etwas passieren; wenn jemand ins Haus kam, dachte sie, er käme um zu melden, ihr Vater sei tot, ihr Bruder sei vom Wagen gestürzt oder dergleichen. Nachts hatte sie oft heftiges Herzklopfen mit Angst vor dem Sterben, schwitzte sehr dabei, hatte viel schwere Träume. Hörte oft im Bett bei geschlossenen Augen Sprechen (nichts Beängstigendes), sah Bilder vorbeiziehen und allerhand Gestalten. Oft lief die Vergangenheit oder Bilder aus der Kindheit vorüber; einmal war da ein Mann, „als ich den anschauen wollte, bekam ich Angst und rief nach der Mutter. — Manchmal war es auch ein Gefühl, als wenn alles um mich her fremd wäre; die Wände waren so weit weg, die Stimmen der Eltern so fern, so ein Rauschen rundum..." Ostern 1935 wieder ein „Galleanfall". Der Arzt überwies sie der Medizinischen Klinik, von wo sie zur Nervenklinik verlegt wurde. Hier wurde am 7. 8. 35 folgender B e f u n d erhoben: Starke Abmagerung, schlechter Kräftezustand, Gewicht 46 kg bei 159 cm Größe. Trockene schlaffe Haut, Schleimhäute blaß, mechanische Muskelerregbarkeit ++, lebhafte Reflexe, feinschlägiges Zittern der Finger, Zunge und Lider. Puls um 90/min. (Bei der Herzfunktionsprüfung in der Med. Klinik hielt die Pulsbeschleunigung abnorm lange an.) Weite Lidspalte, etwas Glanzauge, leichte derbe Struma. Blutdruck 125 mm Hg. Schlaffe Muskulatur, grobe Kraft vermindert. Konstitution: Knochige Gestalt, Kinn, Backenknochen und Supraorbitalbögen kräftig, langer Thorax, lange Nase und langer Hals, desgl. Hände und Füße. Gesamt: Leptosom-hager mit asthenischen Stigmen. Beschwerden bei der Aufnahme: Schlechter Appetit und Schlaf, „muß viel Wasser lassen, habe solche Not ums Herz, innere Unruhe, viel Kopfweh, Gesichtsschmerzen, auch Erbrechen". „Habe Angst, im Kopf verdreht zu werden". V e r l a u f : Auf Preloban, Insulin und Unden mit Roborantien und Sedativen Gewichts-

zunahme von 9 kg in sieben Wochen. Unregelmäßige Periode, gelegentlich nachts Angstzustände, psychisch sonst still und unauffällig. Bedeutende körperliche und psychische Besserung. Entlassung mit der Diagnose: pluriglanduläre Insuffizienz. Die Erwerbsminderung wird auf 40% geschätzt.

Zusammenfassung: Erschöpfungszustand im Präklimakterium mit basedowoiden Zeichen und psychischen Störungen von exogenem Typus.

3. Friedrich Holst, geb. 1900.

Hered.: Vater groß und breit, sehr für sich, leicht reizbar. Mutter groß, schlank, ruhig und umgänglich. Die Verwandten väterlicherseits seien alle etwas heißblütige Naturen. Vorgesch.: Als Kind nie ernstlich krank, aber von jeher nervös und schwächlich. Lernte gut und schloß sich gut an andere an, war aber im Wesen ernst, empfindlich, konnte Unrecht schwer vergessen, war leicht ängstlich und regte sich leicht auf. Einmal als ein Pferd sich im Stall in eine Kette verwickelt hatte und direkt vor ihm hinstürzte, sei er noch lange sehr leicht zusammengefahren. Als im Nachbarhaus durch Blitzschlag ein Brand entstand, habe er nachts noch viel davon phantasiert und lange gebraucht um sich zu beruhigen. Wenn ihn das störrische Vieh ärgerte, konnte er blindlings darauflosschlagen, daß es ihm nachher leid tat. Er blieb nach der Schule zu Hause, führt jetzt die Landwirtschaft des Vaters. Sexuelle Entwicklung: „Ich war schon mit neun Jahren geschlechtlich erregt, habe mich damals schon für Mädchen interessiert... Da war jedesmal das Ängstliche dabei, da hatte ich auch das erstemal die Leibschmerzen... Mit 17 Jahren war ich mit einem 10 Jahre älteren Mädchen zusammen, die wollte mich gern; als es beinahe so weit war, wurde ich auf einmal so ängstlich und habe sie gar nicht mehr angeschaut." Mit 18 Jahr habe er stark onaniert, habe sich aber sehr eingeschränkt, als er las, daß das schädlich sei. Er sei danach sehr zerstreut gewesen. Vom 22. bis 26. Jahr hatte er ein harmloses Verhältnis; das Mädchen habe aber heimlich mit einem andern verkehrt, als er das hörte, habe er überhaupt nicht mehr mit ihr gesprochen. Die Sache tue ihm heute noch leid. Er meint: „Im Dorf sagten sie, wenn er ein Kerl gewesen wäre, wäre ihm das nicht passiert." Mit seiner jetzigen Frau, die er nicht aus Liebe geheiratet habe, komme er gut aus. Erster Geschlechtsverkehr nach der Heirat (mit 29 Jahren). Er lege keinen großen Wert darauf, glaubt, es gehe ihm danach schlechter, er nähme ab und sähe blaß aus. Nach der Geburt des ersten Kindes C. interruptus (1931 33). Wie seine Frau angibt, hat er in den Jahren viel durchgemacht (Schwierigkeiten mit den Schwiegereltern, Krankheit der Mutter und der Frau, Wirtschaftliche Sorgen). Er sei ein stiller Mensch, der alles in sich hineinfrißt und sich nur sehr schwer aussprechen könne. „Wenn er sich einmal schwer geärgert hat, fühlt er sich gleich ganz angegriffen, auch das Asthma und den Husten bekommt er immer nach einer Aufregung." Seit Herbst 1932 Mattigkeit, Husten, Druck auf dem Leib und zunehmende Atembeschwerden, besonders nachts, die sich im Frühjahr 1933 zu richtigen Asthmaanfällen steigerten. Er war zu der Zeit zwei Monate im Krankenhaus, danach vorübergehende Besserung. August 1933 Nebenhöhleneiterung mit Operation, dann bis Febr. 1934 wieder leidliches Befinden. Von da ab zunehmende Verschlechterung. Am 23. 5. 34 erste Aufnahme in die Nervenklinik. „Fühle mich schwach. Habe 45 Pfd. abgenommen. Kann nicht richtig schlafen. Komme sehr schwer aus dem Bett und bin den ganzen Tag müde. Dann habe ich auch immer

die Asthmaanfälle. Nehme jetzt alles so schwer, bin viel mehr für mich als früher." Befund: Sehr mäßiger Ernährungszustand, belegte Zunge, Foetor ex ore. Gebiß defekt. Lungengrenzen tiefstehend, schlecht verschieblich, reichlich Giemen und Brummen, auch bronchitische R. G. s. Herztöne leise, rein. Glanzauge, Gräfe +. Hyperhidrosis der Hände und Füße. Leichte Hypotonie der Beine. Konstitution: Leptosom-hager, mittelderber Knochenbau, asthenische Stigmen. Verlauf: Pat. verhält sich sehr still, macht immer einen gedrückten, hypochondrischen Eindruck. Da er angeblich viel träumt, wird er aufgefordert, seine Träume aufzuschreiben: „Unser Nachbar hatte kein Dienstmädchen, da hab ich ihm eine helfen ausmachen, da stellte sich dann heraus, daß es eine Schwester von meiner Frau war. Ich wollte es wieder rückgängig machen, hab mich sehr darum abgemüht..." (Zu diesem und dem folgenden Traum ist zu bemerken, daß das Mädchen, mit dem er solange befreundet war, im selben Dorf geheiratet hat.) „Da war ein Mädchen, die jetzt im Dorf geheiratet hat, die wollte bei uns Eier holen. Ich hab ihr die Eier in den Schurz gelegt, dabei hab ich ihr auf die Bluse gefaßt — da merkte ich wie es bei mir zum Samenerguß kam." So träume er meistens. er habe dann das Gefühl er müsse den Mädchen ausweichen, damit es bei ihm nicht soweit komme. Assoziationsversuch (C. G. Jung): Familie — Kinder (25″). Scheiden — wandern (10″). Heiraten — Strafe (5″). Streiten — Strafe (8″). Verachten — strafen (19″). Freundlich — unfreundlich (35″). Das Wort Strafe kommt im Bogen noch 3mal als Antwort vor. Nach einigen Aussprachen fühlt er sich erleichtert, „der Albdruck ist gewichen". Da er sich körperlich erholt und an Gewicht zugenommen hat, Entlassung nach drei Wochen. Danach ging es ihm wieder schlechter. Im Oktober 1934 Entfernung von Nasenpolypen beiderseits. „Seit November kann ich nicht mehr richtig essen, habe viel abgenommen, bin immer müde, dann hatte ich auch immer das Quabbeln und Batschen im Leib." Fast jede Nacht Asthma, oft auch am Tage nach dem Essen oder nach Anstrengungen. „Als ich einmal krank war und Fieber hatte, wurde es eine zeitlang besser." „Das hängt bei mir mit dem Beischlaf zusammen, danach ist der Stuhl immer so dünn und dunkel, dann merke ich das auch immer in der Nase, die ist dann wie wenn sie auseinandergetrieben würde. Wo ich in diesem Zustand bin, kann ich mich zu keinem Kind entschließen." Die Frau erzählt, er habe sich angewöhnt, Puls und Temperatur häufig zu messen. Er dränge in letzter Zeit mehr zum Verkehr, weil er glaubt, davon würde ihm besser. Mit den Eltern, die mit auf dem Hof wohnen, habe er häufig Streitereien um Kleinigkeiten. Bei der zweiten Aufnahme sieht Pat. sehr elend und abgemagert aus. Haut und Lippen blaß, trockene Epidermis. Grobe Kraft gering, deutliche Hypotonie der Muskulatur. Internistisch außer den Symptomen des Asthma kein krankhafter Befund. Während seines sechswöchigen Aufenthalts in der Klinik bleibt der körperliche und seelische Zustand trotz Gewichtszunahme unbefriedigend. Pat. verhält sich still und autistisch, äußert immer wieder Klagen und hypochondrische Befürchtungen. Psychotherapie scheitert an seinem völlig passiven Verhalten. Das Befinden nach der Entlassung hielt sich den Sommer 1935 über relativ gut, doch seit dem 22. 11. 35 liegt er wieder und sein Zustand ist seitdem immer schlimmer geworden. Er aß sehr wenig und nahm immer weiter ab. Am 10. 1. 36 beginnt er, wirr durcheinanderzureden: Glaubt, er sei nicht zu Hause, erkennt einmal seine eigene Frau nicht. Sagt öfters er wolle nach Hause. Sein Schlaf wurde die letzten Nächte vor der dritten Aufnahme besonders unruhig. Als er am 23. 1. 36 wiederkommt, ist er völlig desorientiert und redet unverständ-

lich. Beim Anziehen nach der Untersuchung führt er mit den Beinen in die Ärmel seines Rockes und findet beim Hinausgehen die Tür nicht. Befund: Stärkste Abmagerung. Starke Hypotonie der Muskulatur, verwaschene heisere Sprache. Blutbild: 90% Hgb., 5,2 Mill. Rote, 10000 Weiße, davon 5% Eosinophile, 37% Lymphozyten. Urin: Phosphate, Urobilinogen leicht vermehrt. Liquor: Pandy +, 4 Teilstr. Eiweiß, 15/3 Zellen (!). Rö.: Sella sehr groß, excaviert, doch gut konturiert. Starke Verkalkung des Corpus pineale. Otologisch: mäßig starkes Nasenpolypenrezidiv nach doppelseitiger Op. Int.: Außerordentlich tiefstehende Lungengrenzen. (Pat. kollabiert bei der Untersuchung in der Med. Poliklinik mehrfach). Verlauf: Anfangs hat Pat. kaum einen klaren Augenblick, ist dauernd in Unruhe, sagt er wolle mit dem Zuge fort, will im nächsten Augenblick wieder bleiben. Scheint oft die Stimmen von Angehörigen zu hören, spricht häufig von ihnen, weint weil er glaubt, seine Mutter sei gestorben, schreibt mehrere fast unleserliche Karten mit völlig konfusem Inhalt und ganz unordentlicher Schrift nachhause. Den Kliniksgarten hält er gleichzeitig für den eigenen zu Hause und für den Friedhof des Heimatdorfes. Allmählich werden die lichten Momente häufiger, seit dem 5. 2. 36 ist er vollständig klar, äußert aber noch sonderbare Gefühle (die Wände ständen schief u. ä.) und hypochondrische Ideen (sein Leiden hinge mit seinem Stuhlgang und seinen Pollutionen zusammen). Ist im weiteren Verlauf noch öfters ängstlich, doch im ganzen ständig geordnet und viel weniger klagselig. Stetige Gewichtszunahme, Pat. wird zunehmend frischer im Wesen. Therapie: Traubenzucker, anfangs täglich 3mal 15 Tropfen Cardiazol, seit dem 6. 2. 3mal täglich 5 E Insulin und 1 Prolan. Pat. wird am 31. 3. 36 mit einer Gewichtszunahme von 15 kg erheblich gebessert nach Hause entlassen. Diagnose: Simmondssche Kachexie. Bei den früheren Aufnahmen war die Diagnose: Asthma auf neurotischer Grundlage gestellt worden.

	Puls:	Blutdruck:	Körpergewicht:
I. Aufnahme:	um 84/min.	115/80	61 kg
II. „	„ 96/min.	100/75	57 kg
III. „	„ 68/min.	95/65	51 kg

Zusammenfassung: Konstitutionell nervöser, triebschwacher, dabei sexuell übererregbarer Astheniker wird nach seelischen Belastungen und Erkrankung an Asthma zunehmend neurotisch und hypochondrisch. Verfällt körperlich immer mehr und kommt schließlich in einem Zustand völliger Verwirrtheit in die Klinik. Auf Insulin, Prolan und Traubenzucker weitgehende Besserung und Gewichtszunahme von 15 kg.

4. Therese Diestelbarth, geb. 1905.

Hered.: Die Mutter ist leidend („Magennerven"), eine Schwester schwächlich, eine andere war wegen sensitiven Beziehungswahns in Behandlung. Vorgesch.: Pat. war als Kind lebhaft, träumte nachts viel, weinte zeitweise oft im Schlaf, der Arzt verordnete damals verlängerte Bettruhe. Lernte gut in der Schule, ging später auf ein Konservatorium. „Nach der Geigensache war ich sehr herunter, mußte für ein Vierteljahr in ein Sanatorium." Wurde dann Jugendpflegerin, machte das Examen, arbeitete dann als Krankenschwester, machte ebenfalls Examen und wurde Operationsschwester. 1935 mußte sie die Arbeit aufgeben, weil Kräfte und Gewicht stark abgenommen

hatten. Zu Hause nur vorübergehende Besserung. Am 15. 12. 35 Aufnahme in die Nervenklinik. „Kann nicht essen, schlafe schlecht, bin immer schlapp und müde, auch viel aufgeregt und zitterig, trunken im Kopf bei der Arbeit." Befund: Abgemagerte asthenische Pat., jüngferlicher Typ, schlaffer Hautturgor, verkrampfte Züge. Gewicht 51,6 kg, Größe 1,60 m. Puls und Blutdruck o. B. Angelhakenmagen, HCL-Werte 1:13. Grundumsatz: + 20 %, Urin: Phosphate. Pat. macht psychisch einen verdrießlichen, unbefriedigten Eindruck, läßt hinter einer gespannten Verhaltenheit starkes Geltungsbedürfnis und Züge von Ressentiment erkennen. Versucht ihre vitale Schwäche bald durch Überkompensation zu verdecken, bald durch Betonung ihrer Beschwerden zu verdeutlichen. Ihr Charakter ist endogenen Schwankungen des Lebens- und Gesundheitsgefühls stark unterworfen. Verlauf: Pat. kann ihr konstitutionsbiologisches Manko nur schwer bewußt verarbeiten, spricht darum schlecht auf bewußtmachende Psychotherapie an; läßt sich aber gern affektiv auftauen und betreuen. Therapie: Mixt. pepsini, Dextropur und 3mal täglich 5 E Insulin. Pat. nimmt im Lauf von sechs Wochen zu, wird psychisch stabiler und bemüht sich schließlich selbst um eine neue Stellung. Wird auf eigenen Wunsch erheblich gebessert entlassen.

Zusammenfassung: Körperlich-seelischer Erschöpfungszustand bei von jeher asthenischer, nervös-schwächlicher Patientin. Dabei deutliche Trübung des Charakters: Schwanken zwischen neurotischer und überkompensierter Haltung. Körperliche und seelische Besserung durch Insulin und Psychotherapie.

5. Thea Klein, geb. 1912.

Hered.: Vater mittlerer Beamter, weitschweifig, förmlich, körperlich asthenisch; sechs Geschwister der Pat. sind angeblich gesund. Vorgesch.: Pat. war als Kind nie ernstlich krank, doch immer sehr zart, regte sich leicht auf, zitterte dann am ganzen Körper, hing stark an der Mutter, beanspruchte sie stets für sich und wußte sich vor den Geschwistern bei ihr in hysteriformer Weise durchzusetzen. War in der Schule eifrig, hatte viele Interessen. — Nach dem Einsatz der Periode mit zwölf Jahren zwei Jahre lang regelmäßige Menses, dann zeitweises Aussetzen; Pat. wurde kränklich, litt viel an Schwindel und Ohnmachtsanfällen, Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Verstopfung und krampfartigen Schmerzen im Unterbauch. Mit 19½ Jahren völliges Sistieren der Periode. Pat. zeigte in diesen Jahren zunehmende innere Unruhe und rastlosen Tätigkeitsdrang, wollte viel zu viel auf einmal tun. Kam mit den Kräften so herunter, daß der Vater sie aus der Schule in einen Kurort nahm, dort erholte sie sich und machte dann ein gutes Abitur. Er konnte ihr den Wunsch zu studieren nicht erfüllen und suchte ihr deshalb eine Stelle in einer Gärtnerei, weil sie Blumen sehr liebte. Gesundheitliche Bedenken stellte er zurück, als sie vom Arzt als organisch gesund befunden wurde. Als sie vier Monate auf der Stelle ausgehalten hatte, wog sie noch 85 Pfd.; sie konnte den Dienst nicht schaffen, war immer aufgeregt und hastig bei der Arbeit. Als sie zu Hause wieder auf 96 Pfd. gekommen war, ging sie wieder in die Gärtnerei, hier gab es nach vier Wochen eine große Szene, als sie an den Osterfeiertagen Dienst haben sollte: „Sie kippte einfach um" (Juni 1933). Der Hausarzt hielt es zunächst für ein psychisches Leiden, doch schickte er sie, weil sie körperlich immer weiter herunterkam, im März 1934 in klinische Behandlung. Befund im Krankenhaus: blasse,

äußerst grazile asthenische Patientin. Stark abgemagert, sehr geringes Fettpolster, schlaffe, dünne Muskulatur. Rö.: Tropfenherz, sonst o. B. Sehr dünne, teils flächenhaft bräunlich verfärbte Bauchdecken (!), Druckschmerz im linken Unterbauch. Urin: tags 1,5 % Eiweiß, nachts nur Opaleszenz. Es wurde sogleich eine Insulin-Mastkur eingeleitet. Zuerst gab es eine „Katastrophe mit der Schwester", auf der Privatstation ging es besser, und sie nahm zu, wurde auch psychisch zugänglicher und ausgeglichener; doch traten auch hier wiederholt hysteriforme Anfälle mit Zittern, Strampeln, Weinen und Selbstvorwürfen auf. Nach drei Wochen war ihr Gewicht auf 85 Pfd. angestiegen, jedoch hatte sie abends ständig Temperaturen, für die sich keine Ursache finden ließ. Sie erhielt wegen der Amenorrhoe Ovarialpräparate, darauf kam einmal mit starken Beschwerden die Periode wieder. Entlassung mit der Diagnose: Asthenie. Sieben Monate später kommt sie erneut zur Aufnahme ins Krankenhaus, weil sie noch stärker als das letztemal abgenommen hat. Sie klagt jetzt auch über Schmerzen in allen Gliedern. Kachektischer Zustand, Fettpolster und Muskulatur stark reduziert, leichte Anämie, geringe Grundumsatzverminderung. Wieder mißt sie allabendlich etwa etwa 38°, ohne befriedigende Erklärung. Ganz auffallend flache Sella. Adrenalinreaktion fast fehlend. Sonst organisch kein krankhafter Befund. Therapie: Ovarial- und Nebennierenpräparate. Darauf Besserung, die Temperaturkurve wird normal. Entlassung mit der Diagnose: Psychasthenie, Kachexie (Simmonds). Kurz darauf stellt sich wieder einmal die Periode ein. — Als sie eines Nachmittags im Park die Schwäne füttert, fällt sie plötzlich mit lautem Schrei ins Wasser; Einlieferung ins Krankenhaus, nach Wärmeapplikation Entlassung am gleichen Abend. Der Vater gibt an, der Arzt habe sie angefahren, sie sei „doch" hysterisch; sie sei ganz verschüchtert und aus dem Häuschen gewesen, so habe er sie gleich wieder mit nach Hause genommen. Zu Hause zunehmende Verschlechterung: „man merkte wenig an ihr, sie verschwand nur immer mehr und aß nichts; seit vier Wochen ist der Verfall da — sie ist innerhalb acht Tagen eine alte Frau geworden." Bei der Aufnahme in die Nervenklinik Marburg (Mai 1935) befindet sie sich in schwer dekrepidem Zustand mit stärkster Abmagerung und Kraftlosigkeit. Der Puls ist sehr klein, oft kaum fühlbar, 56/min. Die Glieder sind ganz kalt. Sie friert stark, mißt 34,7° und wiegt nur 30,7 kg bei 1,57 m Größe. Die tiefliegenden Augen und die schlaffe faltige Haut geben ihrem Aussehen etwas Greisenhaftes. Die Pupillen sind weit. Es besteht Hypotonie der Muskulatur und allgemeine schwere Adynamie. Die Temperatur schwankt täglich um mehr als 3°: niedrigste gemessene (morgens) 34,7°; höchste (nachmittags) 38,8°. Konstitution: Asthenisch-hypoplastische Kümmerform, sehr grazil, Lanugo im ganzen Gesicht mit fließenden Übergängen in das Haupthaar. Psychisch bietet sie zunächst ein Syndrom nach Art der exogenen Reaktionstypen, ist leicht desorientiert und bewußtseinsgetrübt, sieht Bilder, Köpfe, Tiergestalten u. dgl. Auf intensive Wärmeanwendung und Traubenzuckergaben klingt das exogene Bild ab, die Adynamie läßt ein wenig nach. Psychisch bietet sie jetzt mehr ein hysteriformes, infantilistisches Bild: starkes Geltungsbedürfnis, unbeherrschtes, püppchenhaftes Gebaren und sehr wenig Krankheitsverständnis; ist dauernd in Unruhe und kaum am Herumgehen zu verhindern. Tyrannisiert die Umgebung ständig mit kleinen Wünschen, ihre Briefe nach Hause sind voll davon. Einmal schreibt sie an den Vater: „... man wird ja in einer solchen Klinik zur Selbstbeobachtung förmlich getrieben.

Ich bemühe mich dauernd um Stuhlgang, und aus lauter Angst vor Verstopfung und Bauchschmerzen esse ich weniger, ich falle immer in den alten Fehler zurück, ist das nicht schrecklich? Hier werde ich die innere Verkrampfung nicht los, die sich einstellt, sobald vom Essen auch nur die Rede ist. Deshalb denke ich, das einzige ist, ich gehe aufs Land, wo ich bei gesunden Menschen ein normales, vernünftiges Leben führen kann." Sie gibt dann aber gleich wieder zu, die Behandlung tue ihr gut und er müsse ihren Wunsch sicher für unrecht halten. Therapie: 3mal täglich 1 Preloban und 1 Unden, Sedativa und Abführmittel. — Nachdem sie zuerst lange fast hoffnungslos blieb (das Gewicht betrug im Juni noch 29,5 kg), ist Mitte August 1935 endlich eine merkliche Besserung festzustellen. Die Wangen haben sich etwas gefüllt, sie wirkt weniger alt, nimmt auf Insulin (2mal 5 Einheiten) 1 bis 2 Pfd. die Woche zu. Psychisch ist sie ebenfalls gebessert, affektiv stabiler und motorisch ausgeglichener. — Im Juni 1935 im Garten epileptiformer Anfall mit starker Blässe und sehr kleinem Puls, von dem sie sich auf Cardiazol rasch erholte. Im Oktober 1935 bei einem Spaziergang in die Stadt erneuter Anfall: Pat. klagt über Schwindelgefühl und fällt dann plötzlich mit heftigen Zuckungen hinten über. Als diese nachlassen, strampelt sie wie ein kleines Kind und fällt dem Bekannten, der um sie bemüht ist, mit den Worten: „ach, mein lieber Vati" um den Hals. Nach einer Viertelstunde kehrt das Bewußtsein zuerst momentweise, dann dauernd wieder. Sie fragt: Wo bin ich? Im Auto verliert sie erneut das Bewußtsein, lehnt sich an den Begleiter und sagt nur „Ach". Bei der Ankunft in der Klinik weiß sie nichts von dem Vorfall, hat einen blauen Fleck an der Stirn und zwei wacklige Zähne. Beide Anfälle traten ohne ersichtlichen Anlaß auf, wie momentane Schwächezustände. — Sie bleibt trotz der allgemeinen Besserung noch weiter stark infantilistisch, ist aber leicht bestimmbar und macht keine Schwierigkeiten. Zeigt auch mehr Einsicht als anfangs und ist für Psychotherapie zugänglich. Weil sie aber mit jeder kleinen Besserung auch psychisch ausgeglichener wird, beschränkt sich die Behandlung vorwiegend auf Medikamente und diätetische Maßnahmen. Ende November 1935 konnte sie in ambulante Behandlung entlassen werden. (Gewicht 37,5 kg, tägliche Temperaturschwankung etwa 1,5°). Diagnose: pluriglanduläre Kachexie (Simmonds). Katamnese Mai 1938: Die Besserung hat angehalten.

Zusammenfassung: Bei einer von jeher sehr zarten, infantilen und nervös übererregbaren Pat. von asthenisch-hypoplastischem Wuchs entwickelt sich gegen Ende der Pubertät mit Aussetzen der Periode ein bedrohlicher Erschöpfungszustand mit Abmagerung auf 30 kg herunter, sehr starken täglichen Temperaturschwankungen, schwerer Adynamie, Bewußtseinstrübung und Halluzinationen. Auch nach Abklingen der alarmierenden Symptome noch starke innere Unruhe mit Neigung zu hysteriformen Anfällen und infantilistischen Szenen, zwei Krampfanfälle. Mit Hormonbehandlung und Diät ohne spezielle Psychotherapie langsame Besserung des körperlichen und seelischen Zustandes mit Gewichtszunahme von 7 kg.

6. Lily Dorn, geb. 1896.

Hered.: Eine Schwester soll etwas hysterisch, ein Bruder unnormal sein, die Tochter der Schwester wird als schwer erziehbar und der Pat. ähnlich geschildert. Vorgeschichte: Pat. war von jeher zart (Zwillingskind) und zeigte stets eine gewisse nervöse Reizbarkeit, wird als launenhaft, empfindlich und egozentrisch geschildert. In verschiedenen Berufen (als Fürsorgerin und parteiamtlich als Sekretärin) versagte ihre Leistungsfähigkeit sehr rasch. Eine Ende 20 geschlossene Ehe wurde nach ¼ Jahr vom Manne auf Grund Unkenntnis wesentlicher Eigenschaften der Pat. geschieden. Der Bruder gibt an, 1918 habe „das Leiden mit seiner Schwester" angefangen. Sie war immer infantil und stark narzistisch und wurde mit den Jahren zur ganz schweren Hysterica: nach affektbetonten Erlebnissen und besonders vor der Menstruation traten große, klassische hysterische Anfälle auf mit Arc de cercle; sie fiel auch gelegentlich dabei aus dem Bett und zog sich kleinere Verletzungen zu, zeigte sich dann noch erfreut. Die Periode war immer etwas unregelmäßig; wegen der Beschwerden ließ sie sich längere Zeit hindurch vorher jedesmal Morphin und Cardiazol spritzen. Einmal hatte sie sich nachts durch Fall aus dem Bett den Arm gebrochen und war sichtlich erfreut darüber. Sie hat zahlreiche Operationen hinter sich (Entfernung der Gallenblase, des Wurmfortsatzes, beider Mammae und sämtlicher Zähne) und versucht ständig, die Ärzte zu weiteren Eingriffen zu veranlassen. Mitte 1932 versagt nach einer Cystitis die spontane Blasenentleerung. Einige Monate später wird durch einmaliges Faradisieren erreicht, daß bei Defäkation Urinabgang stattfindet. Später soll sogar „manchmal" normales Urinieren möglich sein. Schmerzen und „Krämpfe" im Leib sind zunehmend zum Lebensinhalt der Pat. geworden, aber fast immer durch Ablenkung auflösbar. Anfang 1933 wurde fachärztlicherseits bei ihr ein Uterusmyom festgestellt, Operation aber einstimmig abgelehnt. Seit Oktober 1933 besteht nun Amenorrhoe. Januar 1934 A u f n a h m e in die Nervenklinik, weil hausärztliche Behandlung wegen Milieuschwierigkeiten und Beschäftigungsmangel untunlich erscheint. Befund: Asthenisch-hypoplastische Kümmerform, sehr graziler Knochenbau. Schlaffer Hautturgor, auffällige Magerkeit (Gewicht 48 kg bei 1,62 m Größe). Bronzegelber Teint, stark ergraute Haare (mit 38 J.). Schamhaargrenze nicht ganz horizontal. Bosedowoide Augen. Aschner und resp. Arrhythmie ++. Stark wechselnde Pulsfrequenz. Pat. ist stark spastisch, in ihrem Leibe kollert es. Neurologisch und internistisch sonst kein krankhafter Befund. Die Periode, die drei Monate vor der Aufnahme sistiert hatte, kehrt drei Monate danach in der Klinik wieder und bleibt, von kleinen Unregelmäßigkeiten abgesehen, normal. Psychisch tritt ihr Bedürfnis nach affektiver Anreicherung sehr stark hervor: sie bringt sich bei jeder Aussprache sofort in Affekt (Exploration wird daher vermieden), reagiert dagegen gut auf zwangloses Gespräch, weiß amüsant zu erzählen, mit schauspielerischer und pseudologistischer Note. Jeder Widerspruch, jedes ungeschickte Anfassen bringt sie in Fahrt, es gibt dann häufig infantilistische Szenen mit Stammeln, Schluchzen u. dgl., in denen sie stark an Fall 5 (Thea Klein) erinnert. Oft legt sie es geradezu auf Szenen an: Einmal trifft sie plötzlich große Reisevorbereitungen; es wird ihr aber wider Erwarten nicht dringend davon abgeraten, sondern man läßt sie — gleichsam wider Willen — einfach reisen. Drei Wochen später kommt sie nach mehreren umständlichen Telephongesprächen wieder. Der begleitende Arzt berichtet, daß es ihr schon gleich nach der Abreise nicht gut ging, sie bekam

ohne jeden Anlaß einen großen hysterischen Anfall nach dem andern und hat 10 Pfd. abgenommen. Wird nun in der Klinik wieder aufgepäppelt und spielt sich affektiv langsam wieder ein. Zu einer Beschäftigung ist sie nie zu bewegen, sie sitzt den ganzen Tag zeitunglesend und radiohörend herum. Wenn man ihr vorschlägt spazierenzugehen, meint sie: „Ich kann es nicht." Eine sechsstündige Autofahrt mit Bekannten wird ihr dagegen nicht zu viel. In Lokalen wird sie mehrfach vor einem Glas Wein angetroffen, auch kommt sie gelegentlich betrunken nach Hause. Schon früher soll Alkoholabusus bestanden haben. Zwischendurch beeinträchtigen langwierige Eiterungen im Unterkiefer ihr Befinden erheblich. Es wird ein kleiner Sequester entfernt, die Heilung scheint durch eine gewisse Gewebsschwäche und durch Herumbohren in der Wunde verzögert. Die immer wieder geäußerten Operationswünsche lassen sich leicht abbiegen. Auf ihre Klagen hin wird eine gynäkologische Untersuchung vorgenommen, aber nichts Besonderes festgestellt: am nächsten Tag schwerer hysterischer Anfall. Sonst ist sie leidlich balanziert; doch alle leichten affektiven Belastungen, wie Besuche, ein Ausflug usw. wirken ungünstig, und es kommt immer wieder einmal zu kleinen Szenen und Anfällen. Hin und wieder ist sie auch zu Andeutungen von Lebensfreude fähig, doch seelisch und körperlich unverändert dürftig und anfällig. — Dann hat sie auf einmal wieder Reisepläne, will in ein Sanatorium übersiedeln. Mit großem Abschied und echter Dankbarkeit fährt sie in befriedigendem Zustand ab; nach zwei Monaten kommt sie wieder, hat sich der neuen Umgebung nicht anpassen können, bekam öfters große Anfälle, und die üblichen Klagen und Operationswünsche lebten wieder auf. Bei der Ankunft ist sie in „ganz großer Attitude". Nach ernstlichen Ermahnungen paßt sie sich an, schmollt aber, liegt wortlos zu Bett, spricht nur mit ganz leiser Stimme. Als dies nicht die gewünschte Wirkung tut, hat sie die Rolle der Sterbenden bald satt, kommt wieder mit allen möglichen Wünschen, will ausgehen, verreisen, sich woanders behandeln lassen usw., fährt schließlich nach großen Reisevorbereitungen in Begleitung einer Schwester ab. — Während der ganzen vierzehn Monate ihres Aufenthalts in der Klinik blieb ihr Grundzustand im wesentlichen derselbe, nur die hysterische Symptomatik war therapeutisch beeinflußbar. Diagnose: Schwere konstitutionelle Hysterie, pluriglanduläre Insuffizienz. Katamnese 1937: Pat. war inzwischen wieder an verschiedenen Orten in Behandlung, mußte von November 1936 bis April 1937 eine Morphin-Entziehungskur durchmachen. Körpergewicht jetzt nur noch 42,5 kg. Der Puls ist noch labiler als früher und neigt besonders zu Beschleunigungen. Fast ständig subfebrile Temperaturen, die mit einer mäßigen chronischen Coli-Cystitis nicht ausreichend erklärt scheinen. Einmal wird sie mit entblößtem Rücken auf der Fensterbank sitzend angetroffen, wohl in der Absicht sich zu erkälten. Als einmal eine Spritze abbricht, freut sie das; auch legt sie es immer durch Erbrechen der Mittel darauf an, Injektionen statt Medikamente per os zu erhalten.

Zusammenfassung: Bei einer infantilen, asthenisch-hypoplastischen Frau kommt es Ende 20 nach Scheitern in Beruf und Ehe zu fortschreitender Hysterisierung. Große hysterische Anfälle wechseln ab mit kleinen infantilistischen Szenen. Neigung zu Selbstbeschädigung, Alkohol- und Morphinabusus; langsam fortschreitender körperlicher und seelischer Verfall.

7. Sebastian Werth, geb. 1889.

Hered.: Vater höherer Verwaltungsbeamter, groß, hager, starkknochig mit auffallend scharfem Profil, ausgesprochener Charakterkopf. Verstandesmensch, selbständig, großzügig, von zähem Willen bis zur Starrköpfigkeit. Nicht ohne Wärme und Humor, hielt sich aber damit im kleinen Freundeskreis und war gegen Fremde verschlossen. Sein eher weiches Innere gab er ungern preis, Ärger behielt er für sich und klagte oder polterte niemals. Seine Leistungsfähigkeit ließ 15 Jahre vor seinem Tode auffällig nach, er starb an Wanderpneumonie mit 60 Jahren. Mutter: groß, hager, mit langen Händen und Füßen, dabei ausgesprochen schwächlich und zart. Sehr schmiegsame, weiche Natur, schwernehmend, „wühlt gern im Schmerze". Macht im Verkehr mit Menschen wenig Ansprüche, kann aber wiederum empfindlich, humorlos und bei Kleinigkeiten beleidigt sein. Die einzige Schwester des Pat. litt lange an Magen- und Darmstörungen (Anazidität). Vorgeschichte (nach eigenen Aufzeichnungen): Patient war von jeher kränklich und nervös, doch als Kind außer Masern nie ernstlich krank. Still, schüchtern und empfindlich, besonders gegen alles Laute; sehr leicht erziehbar. Hatte oft quälende Träume, sprach viel im Schlaf, stand dann manchmal im Bett auf und erkannte die Umgebung nicht. Beschäftigte sich am liebsten für sich, dachte sich allerlei aus, interessierte sich für Naturwissenschaften und begann früh über religiöse Dinge nachzudenken. Empfand sich immer ein wenig trocken und anders als die Kameraden, denen er sich körperlich unter-, geistig aber weit überlegen fühlte. Sie hänselten ihn viel wegen seiner hageren Gestalt mit den großen Händen und Füßen. Er fraß alle Schwierigkeiten in sich hinein, lebte wie ein kleiner Einsiedler und blieb wegen seiner Kränklichkeit der Schule häufig fern. Mit 16 Jahre machte er eine Lungenspitzentuberkulose durch. Niemals sehnte er sich nach einem Beruf wie ihn sonst Jungen erträumen; sein Ideal war immer die stille Tätigkeit des Forschers oder Lehrers. Zu Hause entwickelte er eine förmliche Experimentierwut. Der Vater (selbst künstlerisch begabt) gab sich viel Mühe, ihm Lust am Zeichnen und Malen zu machen, und obwohl ihm die Musik mehr lag und er der bildenden Kunst stets nur kühl rezeptiv gegenüberstand, ließ er sich am Ende vom Vater bestimmen Architekt zu werden." Auf der Hochschule machte sich bald der Mangel an künstlerischen Fähigkeiten bemerkbar." Beim Vater vermochte er aber einen Wechsel des Studiums zunächst nicht durchzusetzen. So zwang er sich zeitweise zu krampfhafter, fruchtloser Arbeit, zeitweise gab er sich hemmungslos der Bummelei und Erschlaffung hin. Dabei verschlechterte sich allmählich seine Gesundheit, er litt öfters unter Erkältungen und Verdauungsstörungen, auch machten ihm sexuelle Reizerscheinungen zu schaffen. Damals hatte er auch zum erstenmal Mittelohrentzündung, die doppelseitige Aufmeißelung notwendig machte. Nach dem guten Ergebnis der Vorprüfung begannen dann die Schwierigkeiten erst recht. „Ich hatte eine ausgesprochen steife Hand im Zeichnen, die Farbengebung lag mir noch weniger, und bei meinem überfeinen ästhetischen Gefühl blieb mir alle spontane Schaffenskraft versagt. Ich war ganz im Formalen befangen: Mit Maßstab und Zirkel suchte ich in nächtelangem Grübeln Gesetze herauszufinden, nach denen man entwerfen könnte." Er fühlte sich oft in einem Krampfzustand, der ihm nicht erlaubte, sich bei Lebensfreude und Geselligkeit zu entspannen. Er fühlte sich immer wieder von der Kritik der Kollegen gedemütigt, das ganze Künstlermilieu stieß ihn ab, und er kehrte „ihrer bunten, harmlosen, aber auch so fremden Welt"

mehr und mehr den Rücken. Dafür spielte er leidenschaftlich Geige, las die Nächte hindurch Nietzsche und Schopenhauer und schlief bis in den Nachmittag hinein. Kolleghören scheiterte an seiner zunehmenden nervösen Unruhe und körperlichen Schwäche. „In jener Zeit hatte ich das Gefühl innerer Auflösung. Ich vernachlässigte mich, selbst in der täglichen Körperpflege und Sauberhaltung, trieb mich wie ein Schatten umher, empfand Ekel vor mir selbst und dachte oft daran, mir das Leben zu nehmen." Sein Zustand fiel seinem Hausarzte auf, und weil sein alter Lungenspitzenkatarrh wieder aufgeflackert war, ließ er ihn zuhause eine Kur durchmachen. Als nun der Krieg ausbrach, machte seine Genesung rasch Fortschritte, er meldete sich als Freiwilliger ins Feld. Der Vater hatte ihm auch erlaubt umzusatteln. Wegen seiner Schwächlichkeit und Anfälligkeit gegen Erkältungen (es waren noch öfter Mittelohrentzündungen aufgetreten) kam er nach ½ Jahr von der Front zurück. 1916 wieder schwere Grippe mit Mittelohreiterung. Trotz des unerquicklichen Dienstes bezeichnet Pat. die Kriegszeit als die „wenigen ruhigen Jahre seines Lebens". Die Teilnahme an einem Offizierskurs hatte er abgelehnt. Er blieb bis Februar 1919 mit Abwicklungsgeschäften betraut. Nun erschwerte der plötzliche Tod seines Vaters das Umsatteln sehr, er blieb beim Architektenberufe („die verhängnisvollste Entscheidung meines Lebens"). „Zur Staatsprüfung arbeitete ich geradezu fanatisch, ich war gierig nach einem Erfolge", doch trotz des ausgezeichneten Prüfungsresultates sah er trübe in die Zukunft. Den praktischen und geschäftlichen Berufsaufgaben fühlte er sich nicht gewachsen, er erteilte aber nebenher mit Erfolg und Neigung theoretischen Unterricht. Später mußte er sich ganz der Verwaltungsarbeit widmen, die ihm Widerwillen einflößte. „Ich wurde immer rastloser und abgespannter, begann schlecht zu schlafen und konnte trotz Erschöpfung auch in der Freizeit keine Entspannung finden." Seine Potenz ließ nach. Bei einer erneuten Mittelohreiterung verlor er links das Gehör ganz, während er rechts schon länger schlecht hörte. Wie er sagt, vernachlässigte er seine berufliche Weiterbildung, und seine Unpünktlichkeit im Dienst wurde ihm nur wegen hervorragender Einzelleistungen nachgesehen. Aber auch bei den theoretischen Sonderaufgaben, die er ganz selbständig und sehr gründlich bearbeitete, verstrickte er sich oft zu sehr in systematische und allgemeine Fragen. Seit etwa 1926 litt er beständig unter körperlicher Schwäche und Stimmungsschwankungen, so daß er auf eine gewisse Sonderstellung, die ihm erlaubte, sich die Arbeit selbst einzuteilen, angewiesen war. 1930 kamen zu seiner Schwerhörigkeit noch die Folgen eines Motorradunfalls (Kniegelenksverletzung) behindernd hinzu. Er zog sich in den Jahren auch von den wenigen Menschen, die ihm nahestanden, allmählich zurück. Zuletzt blieb ihm außer seinen nächsten Verwandten nur noch die platonische Freundschaft zu einer verheirateten Frau. Obwohl die Frauen ihn gern mochten, stand er nie einer mit ungeteilten Gefühlen gegenüber und „neigte bedenklich zum wechselseitigen Seelenfoltern". „Die unüberwindliche Abneigung, mich andern Menschen zu fügen, und die Scheu vor aller nicht ganz vorsichtigen Beeinflussung" machten ihm das Gehorchen ebenso schwer wie das Befehlen. — 1933 bekam er einen um 13 Jahre jüngeren Kollegen und früheren Freund als Vorgesetzten. Dieser nahm keine Rücksicht auf seine Lage, gab ihm noch ein weiteres Ressort hinzu, so daß er jetzt nicht nur unter Arbeitsüberlastung, sondern auch ständigen persönlichen Reibungen mit dem neuen Chef zu leiden hatte. Sein Appetit und Schlaf wurden immer schlechter und seine Kräfte nahmen

immer weiter ab. Nach einem großen Krach erwirkte der neue Chef seine Versetzung (1934). Als ihm jetzt eine an sich erwünschte Lehrtätigkeit angeboten wurde, hatte er Zweifel an seiner Leistungsfähigkeit und machte Vorbehalte, durch die er die Stelle nicht erhielt. Seiner neuen Tätigkeit war er gar nicht gewachsen, er mußte viel reisen, lebte sehr unregelmäßig und war häufig erkältet. Seine Ermüdbarkeit wurde immer stärker. Etwa Ostern 1934 begann er immer mehr an Gewicht abzunehmen. Dezember 1934 und März 1935 schwere Grippe mit Verdauungsstörungen. Anfang Februar 1935 stellte der Amtsarzt Herzerweiterung fest und beurlaubte ihn. Wo er sich nun zur Erholung aufhielt, sein Zustand wurde immer schlechter. Er litt unter immer hartnäckigerer Schlaflosigkeit und Verstopfung. Von verschiedenen Internisten wurde Achylie festgestellt. „Meine Stimmung war auf einem Tiefpunkt angelangt, ich hatte kein Ziel und keine Lust am Leben mehr, verlor mich ins Grübeln über meine verpfuschte Laufbahn." So kam er am 18. März 1935 zur Aufnahme in die Nervenklinik Marburg. Beschwerden: ständiges Frieren am ganzen Körper, große Mattigkeit, sehr gedrückte Stimmung, starke innere Unruhe. Abneigung gegen Fett, starkes Verlangen nach süßen Speisen. Schwere Schlaflosigkeit, hartnäckige Obstipation. „Spüre meinen Herzschlag im ganzen Körper, fühle mich impotent und frigide, schwitze seit ½ Jahr überhaupt nicht mehr." Befund: Pat. macht einen stark verbrauchten, elenden Eindruck, ist sehr matt und verstimmt und leicht gereizt. Gewicht 58,3 kg bei 1,90 m Größe. Bei einem Blutdruck von 115 mm Hg besteht Pulsverlangsamung bis auf 35 Schläge pro Min. herunter. Spastische Blässe, Gesicht und Hände stark pigmentiert. Meliertes Haar. Fahle, trockene Haut, schlaffer Turgor, eingefallene Wangen. Knochenbau mittelkräftig, Augenbrauenbögen und Hinterhauptshöcker stark ausgebildet. Schlaffer Tonus, Gang müde, schleppend und etwas hinkend. Lebhafte Patellarreflexe. Internistischerseits waren atonischer Langmagen, Achylie, atonische Obstipation und Herzerweiterung festgestellt. Im Ober- und Unterkiefer Zahnersatz, hinter den Ohren Operationsnarben, Hörfähigkeit links erloschen, rechts herabgesetzt. Im linken Knie Schlottergelenk. Verlauf: Hormonbehandlung, kräftigende Diät und Psychotherapie brachten den Kräfteverfall zum Stillstand, doch ließ sich keine Gewichtssteigerung erzielen. Die enorme Ermüdbarkeit (Pat. mußte sich z. B. nach einem Spaziergang von 1½ Stunden gleich wegen völliger Erschöpfung zu Bett legen) besserte sich etwas. Durch Aussprache wurde die Verstimmung gemildert, doch ist er nach wie vor niedergedrückt und leicht gereizt. Sobald er sich frischer fühlt, ist er lebhaft, zugewandt, geistig interessiert, allerdings stets etwas zurückhaltend und stark empfindlich, besonders gegen alles Autoritative, womit man bei ihm auf heftige Ablehnung stoßen kann. Die geistigen Leistungen, die morgens recht gut waren, ließen schon mittags nach und am Nachmittag war er dazu kaum mehr in der Lage. Bei Aufzeichnung seiner Lebensgeschichte geriet er in schwere innere Erregung und Verstimmung, gleichzeitig trat vorübergehend Gewichtsabfall ein. — Therapie: 3mal 1 Preloban, laktovegetabile Kost, Schlafmittel, Einläufe. — Am 18. November 1936 Entlassung in hausärztliche Behandlung. Diagnose: pluriglanduläre Insuffizienz. Im Frühjahr 1937 teilte er mit, daß sein Befinden sich so gehalten habe. Er ist in bescheidenem Umfange zu wissenschaftlicher Arbeit und Lehrtätigkeit in der Lage.

Zusammenfassung: Differenzierter Astheniker (schizoide Persönlichkeit, Hochwuchs mit akromegaloiden Stigmen), der Anfang 20 eine zum Teil reaktive nervöse Depression durchmachte, erkrankt mit 46 Jahren nach beruflicher Überlastung und schweren Grippeerkrankungen mit intestinaler Beteiligung wieder an schwerer Depression mit vorwiegend psychasthenisch-neurotischen Zügen. Dabei schwerer körperlicher Verfall, dessen Vorboten bereits lange vorher deutlich werden. Nach Behandlung Stabilisierung des körperlichen Zustandes und seelische Besserung.

8. Gerhard Born, geb. 1912.

Pat. leidet seit Sommer 1931 an einer ausgesprochenen Abnahme der körperlichen, später auch der geistigen Leistungsfähigkeit. Machte 1931 noch mit großer Anstrengung Abitur, fühlte sich danach völlig erschöpft, hatte Magenbeschwerden, Herzklopfen beim Erheben aus dem Bett, Angst- und Schwindelgefühle, Schmerzen, die längs der Nerven und Adern ausstrahlen sollten, und hat außerdem erheblich an Gewicht abgenommen. Liegt seitdem fast ständig zu Bett oder auf dem Sofa. Bekam zeitweise zwanghafte Vorstellungen (er müsse von Brücken herunterspringen oder Schaufenster eintreten u. dgl.). War Anfang 1932 vier Wochen in Krankenhausbehandlung, wo organisch nichts Krankhaftes festgestellt werden konnte. Zwischendurch stieg das Gewicht wieder etwas an, er konnte wieder Spaziergänge machen. Aber bald darauf fühlte er sich wieder völlig erschöpft. Im Herbst 1932 kam er wegen dauernder profuser Schweißausbrüche wieder ins Krankenhaus. Weil ihn leicht fror, hielt er sich in zahlreiche Tücher und Decken, Unterhemden usw. gehüllt; als man ihm diese entzog, gingen die Schweiße etwas zurück. Zuhause hat er sich dann ganz ins Bett zurückgezogen und gänzlich abgeschlossen. Bereits in Obersekunda hatte er schon über diffuse körperliche Beschwerden geklagt, war ermüdbarer und stiller geworden. War bis dahin Musterschüler, lebhaft, beliebt, trieb Sport und Musik. Erst nach dem Abitur setzten die Beschwerden stärker ein. Bei der Aufnahme in die Nervenklinik im Januar 1933 erzählt er mit matter Stimme von seinen Beschwerden, schildert in ganz sachlicher, ruhiger Art zahlreiche Mißempfindungen in der Körperfühlsphäre, wie man sie oft bei Schizophrenen antrifft, nur daß er im Denken und als Persönlichkeit völlig gesund ist. Gleich bei der Aufnahme schwitzt er sehr stark. Befund: 1,78 m großer leptosomer Patient in mäßigem Ernährungs- und Kräftezustand. Gewicht 57,5 kg. Blasses fahlgelbes Aussehen. Puls 80/min. Sehr starke Pulsverlangsamung bei tiefer Expiration und bei Druck auf die Augäpfel. Behaarung und Genitale regelrecht. Grobe Kraft nicht merklich herabgesetzt. Verlauf: Pat. klagt über seltsame Veränderungsgefühle des Raumes: die Wände seien verschoben, ständen ins Zimmer hinein, kämen auf ihn zu; das Bett steige am Fußende an, die Linien des Schrankes seien zackig. Wegen der heftigen Schweiße muß er täglich 10- bis 12mal das Hemd wechseln. Wenn es ihm zwischendurch besser geht, erzählt er gern von seinem Tun und Treiben, ist aufgeschlossen und interessiert, in jeder Weise natürlich. Sobald er sich schlecht fühlt, wird er hypochondrisch, ängstlich, verzagt und autistisch, liegt still zu Bett und bringt jeden kleinen Wechsel der Lage oder der Umgebung mit seinen zahlreichen Mißempfindungen in Zusammenhang. Alles Plötzliche, jeder Brief, Besuch oder Schwe-

sterwechsel wirkt ungünstig. Alles aktive Anfassen verträgt er schlecht. Er reagiert darauf, ohne daß dies affektiv deutlich wird, mit schweren Schweißausbrüchen, Pulsbeschleunigung, Gewichtsverlust, tagelanger Mattigkeit und Hinfälligkeit. Auch äußerlich fällt er dann stark zusammen, bekommt Tonusverluste im Gesicht und käsig-graugelbe Farben. Therapie: Bellafolin, Sedativa und abends Schlafmittel. — Im Mai 1933 kann er wieder Spaziergänge im Garten machen, zeigt sich in der Unterhaltung interessiert, hat gute Formen und hält Kontakt wie ein Gesunder. Hat sich im Niveau offensichtlich über das bescheidene und einfache Elternhaus hinausentwickelt, ist deutlich überzüchtet. Die folgenden Monate werden die schlechten Tage seltener, doch ist er zwischendurch immer wieder einmal verstimmt und verzagt und geht nicht aus dem Zimmer. Leidet dann stark unter den Störungen des Raumsinns, dem Mattigkeitsgefühl und den starken Schweißen. Ende September 1933 deutliche Besserung: er spricht von der Zukunft, macht Pläne, treibt Sprachen und ist zuversichtlicher. Schwitzt nur noch wenig, das Raumgefühl ist nicht mehr gestört. Am 30. Oktober 1933 Entlassung in hausärztliche Behandlung. Diagnose: endogene, mit der Entwicklung zusammenhängende zentralnervöse Erkrankung mit schizophrenieartigen Symptomen bei intakter Persönlichkeit (Zwischenhirnaffektion?).

Zusammenfassung: Schwerer körperlich-seelischer Schwächezustand am Ende der Pubertät mit schweren Schweißausbrüchen und auffälligen Störungen des Raumgefühls.

9. Werner Fein, geb. 1916, Student.

Kommt Anfang Februar 1936 in die poliklinische Sprechstunde und klagt über plötzliche körperliche und seelische Veränderungen: „Seit Ende Januar ist alles Gefühlsmäßige in mir von heut auf morgen unterdrückt. Davor sind drei Nächte hintereinander Pollutionen aufgetreten. Die Empfindungen dringen alle gar nicht mehr an mich, alles spielt sich um mich her wie im Traume ab, wie wenn ich in einem Glaskasten säße und die Empfindungen schlügen von oben zu mir herein. Bin von der Welt wie durch eine durchsichtige Scheidewand getrennt. Leide unter allgemeiner körperlicher und geistiger Trägheit, habe alles Temperament und Interesse verloren, muß mich zu allem zwingen. Leichtes Minderwertigkeitsgefühl, Gedankenbildung schwer und unsicher, erschwerte Konzentration, Schwanken zwischen Fröhlichkeit und Traurigsein, aber nur oberflächliche Gefühle. Bin seit kurzem leicht weinerlich und bekomme ohne Grund Tränen in die Augen. War früher phantasie- und temperamentvoll, für Bücher, Bilder und Musik interessiert, starker Gefühlsmensch, mit Sinn für kleine Freuden, auch für Romantik und Mystik. War stets optimistisch, bin jetzt entschlußlos, mache mir Sorgen wegen des bevorstehenden Examens. Sehe das Leben sich wie auf der Leinwand des Kinos abspielen, ohne aktiv eingreifen zu können." Therapie: 1 bis 2 Preloban täglich. Mitte Mai hat sich das psychische Befinden sehr gebessert, doch fühlt er sich körperlich schlechter. War oft wie innerlich verkrampft; mußte kürzlich unvermittelt weinen, fühlte sich darnach wie befreit, gemütsmäßig wieder viel besser. Kurz darauf ist die Depression wieder stärker als je, er konnte im Kolleg überhaupt nicht folgen. Ende Juni 1936: stark schwankendes Befinden. Konstitution: leptosom-kräftig hager.

Zusammenfassung: Körperlich-seelischer Schwächezustand am Ende der Pubertät mit ausgeprägtem Depersonalisationssyndrom.

Bei der Zusammenstellung dieser Fälle aus einem mehr als doppelt so großen Material wurde möglichste Vielseitigkeit angestrebt. Auch die übrigen sind psychopathologisch interessant, sie würden aber nichts wesentlich Neues hinzubringen. Da in den überwiegend von internistischer Seite stammenden Veröffentlichungen übereinstimmend auf die große Häufigkeit psychischer Veränderungen bei e. M. hingewiesen wird, glauben wir nicht, daß sich an unserer Nervenklinik Fälle mit besonders reichhaltigen psychischen Symptomenbildern zusammengefunden hätten.

Besprechung der psychischen Bilder.

Man wird die psychischen Erscheinungen schwerlich von den körperlichen trennen oder als zufällige Nebenbefunde unbeachtet lassen wollen. Beide Symptomreihen verschmelzen bei ungezwungener Betrachtung zu einer Krankheitseinheit, an der Stoffwechsel und Temperament in gleicher Weise teilnehmen und deren Auswirkungen morphologisch wie charakterlich deutlich werden. Diese umfassende Alteration der Gesamtpersönlichkeit mag in ihren Folgen unübersichtlich und verwickelt erscheinen, doch liegt ihr Schwerpunkt eindeutig in einer hochgradigen vitalen Erschöpfung.

Prämorbide Veranlagung.

Bei den meisten Fällen wird eine besondere, von Kindheit an bestehende körperliche Zartheit hervorgehoben, die häufig mit Zeichen von Nervosität verbunden ist. Dem entsprechen im Temperament überwiegend asthenische Charakterzüge: stilles, verhaltenes Wesen (1, 2, 3, 7), feinsinnig-empfindliche, differenzierte Art (7, 8, 9), oft mit kontrastierter Lebenseinstellung (sthenisch mit asthenischem Gegenpol): 1 wirkt etwas „von oben herab", 2 und 3 „können leicht einmal böse werden, daß es ihnen hernach leid tut", bei 4, 5 und 6 ist Geltungsbedürfnis vorhanden, 7 sagt von sich: „zur Staatsprüfung arbeitete ich geradezu fanatisch, ich war gierig nach einem Erfolge". Während man bei diesen besonders anfälligen und zarten Konstitutionen eher eine rein asthenische *(E. Kretschmer*[20]*)* Lebenseinstellung erwarten könnte, zeigen fast alle mehr oder weniger deutlich den sthenischen „Stachel" mit der charakteristischen inneren Unzufriedenheit und Ruhelosigkeit. Vielleicht wird die körperliche Labilität und die Neigung zu bedrohlichen Erschöpfungszuständen noch besonders durch jene Unausgeglichenheit und den Reichtum an inneren Spannungen gesteigert. Das rein asthenische Verhalten bil-

det die sinnvolle Schutzhaltung schwacher Konstitutionen; jene Kontrastierten dagegen verwickeln sich mit ihrer größeren Aktivität, die oft über ihre Kraft geht, immer wieder in Lebensschwierigkeiten und erscheinen so durch die Neigung zu inneren Konflikten und durch Reibungen mit der Umwelt vermehrt gefährdet.

Gröbere Zeichen schizoider Psychopathie waren bei unseren Fällen nicht vorhanden. Das zunehmend hyperästhetisch-autistische Verhalten und die egozentrischen oder gar negativistischen Züge, welche mit der Erschöpfung hervortreten, scheinen viel mehr körperlich unterbaut, als die bekannten Persönlichkeitsveränderungen im Beginn schizophrener Prozesse („Primärsymptome" der Sch.).

Die „asthenische Depression".

Wie die seelische Veranlagung bereits zu gesunden Zeiten dem pyknisch - zyklothymen Temperament entgegengesetzt ist, so fallen auch die psychischen Symptome der Krankheit ganz aus dem manisch - depressiven Formenkreis heraus. Die konstitutionelle, neurasthenische oder kurz „asthenische Depression", welche den geschilderten Fällen zufolge der e. M. sehr nahesteht (siehe hierzu: *Lange*[21]), ist von der typischen Melancholie des Pyknikers durchaus verschieden: matter Autismus, Überempfindlichkeit in wechselnder Mischung mit Apathie, Antriebsschwäche, Energiemangel im Verein mit motorischer und affektiver Verkrampfung, verdrossene, gelegentlich reizbare Art, Gefühlsarmut und Affektverhaltung, all das, was man unter dem Begriff Psychasthenie vereinigt, steht der natürlichen Traurigkeit und einfachen Hemmung des Pyknikers gegenüber. Nicht die Seele, sondern die Vitalität ist „deprimiert", nicht Traurigkeit, sondern Mangel an gesundem Lebens- und Selbstgefühl kennzeichnet den körperlich heruntergekommenen Astheniker. Charakteristisch ist die gesteigerte Ansprechbarkeit und Labilität seines Gesundheits- und seines Selbstwertgefühles. Alles, vor allem seelische Einwirkungen, ein kleiner Wechsel in der Situation, das Zusammensein mit Menschen, selbst die leichteste Unterhaltung „strengt an", alles „wird zu viel", „geht auf die Nerven". Diese körperlich-seelische oder, wie man zu sagen pflegt, „nervöse" Angreifbarkeit führt häufig zu mehr oder weniger starkem Autismus. Mit zunehmender Einschränkung der Resonanzfähigkeit und dem Verlust an Lebendigkeit und Frische geht auch die Fähigkeit zur Aussprache und zum Abreagieren verloren; die Gefühle werden immer zarter, schüchterner und flüchtiger und setzen sich bei der starken Verhaltungsbereitschaft immer schwerer durch, bis es überhaupt nicht mehr zu nennswerten Gefühlsregungen

kommt. Dann entsteht leicht der Eindruck des Lahmen und Stumpfen, während sich hinter solch scheinbarer Apathie oft noch starke Innenempfindlichkeit verbirgt. Dieses wahlweise Zu-stark-Reagieren und Unempfindlich-Bleiben ist für den Schizoiden wie für den nervös Erschöpften charakteristisch. Der Pykniker behält auch in der Depression seine adäquaten, weich modulierten Affekte, und in allen seinen Äußerungen klingt gleichmäßig die traurige Grundstimmung durch. Der Astheniker dagegen hat immer wieder gute Momente und ist vor allem stark labil in der Stimmung. Soweit er wirklich traurig ist, äußert sich seine Traurigkeit ganz anders. Sie überfällt ihn bei kleinen Anlässen elementar, daß ihm ungewollt die Tränen herunterlaufen, während er innerlich fast unbeteiligt bleibt. Er schämt sich geradezu seiner Tränen und versteht sich selbst nicht recht. Bei seiner ausgesprochenen Neigung zur Gefühlsretention hat man den Eindruck, als ob seine depressiven Affekte sich innerlich sammelten und schubweise zur Entladung kämen. Während der Pykniker sich öfter ehrlich und mit starkem Affekt das Leben zu nehmen versucht, spinnt der Astheniker Suizidpläne mehr in Gedanken aus, seine Verzweiflung hat etwas Mattes, fast Kühles: Er überlegt sich klar, daß sein Leben wertlos sei und es das Vernünftigste wäre, ihm ein Ende zu machen, doch hat er selten genug Entschlußkraft zu der Tat, die er für richtig hält.

Psychisch-reaktiver Überbau.

Im Vergleich zum Pykniker erscheint der asthenische Schizoide in seinem Persönlichkeitsaufbau weniger gradlinig, und er reagiert auf Schwankungen seines Lebensgefühls im allgemeinen verwickelter. Wenn es ihm nicht gelingt, den Vitalitätsverlust und das Insuffizienzerlebnis objektiv und aus der Distanz zu verarbeiten, so setzt er es leicht in neurotische oder hysterische Entwicklungen um (vgl. Fall 3, 4, 5, 6, 7). Dies trifft naturgemäß bei weniger ausgereiften Persönlichkeiten in besonderem Maße zu. Dann finden wir an Stelle des Autismus mehr eine ausgesprochen egozentrische, intrigante Note und die Neigung, die Umgebung zu tyrannisieren (5, 6), eigensinniges, infantilistisches Wesen, das in blindes Widerstreben ausarten kann. Oft wird auch im Ressentiment das Gefühl der eigenen Schwäche in das der Benachteiligung durch andere umgemünzt (1, 4), was zu paranoider Verarbeitung der Situation führen kann. Besonders leicht veranlaßt das geschädigte Lebensgefühl zu unsachlichen Ausgleichsversuchen mit der bekannten „überkompensierten", geltungsbedürftigen oder ehrgeizigen Haltung, Mechanismen, wie sie die *Adler*sche Schule in den

Vordergrund gerückt hat. Da werden oft Anforderungen an die eigene Leistungsfähigkeit gestellt, die mit den körperlichen Kräften in scharfem Widerspruch stehen und den Keim des Versagens schon in sich tragen. Jeder kleine Erfolg beglückt, jede kleine Niederlage wird untragbar beschämend empfunden und veranlaßt zu noch verzweifelteren Anstrengungen und noch sinnloserer Überspannung des Selbstgefühls, das immer bizarrere Ausschläge macht und dann, wenn die Kräfte erschöpft sind, auf einen Tiefpunkt willenloser Verzagtheit abfällt. Dann treten primitivere Mechanismen, Krankheitstendenzen usw. hervor, und der vorher anmaßende, strebsame, übertrieben selbstbewußte Mensch sinkt zu einem Häuflein Elend zusammen. Es ist leicht vorzustellen, daß in solchen Fällen gerade die verfehlte Einstellung neben der körperlichen Anfälligkeit zum Zustandekommen des Erschöpfungszustandes beiträgt. Das wäre psychotherapeutisch von Wichtigkeit, ebenso wie die Tatsache, daß derartig anfällige Konstitutionen gerade durch Lebensschwierigkeiten und seelische Belastungen besonders gefährdet sind. Die möglichst weitgehende Sanierung der psychischen Situation gehört daher wie beim Morbus Basedow unbedingt zur Therapie.

Im einzelnen gehören nach alldem nicht nur Morbus Simmonds und Morbus Addison (als isolierte Drüsenstörungen) in den Umkreis unserer Beschreibung; auch manche schwer neurasthenischen Bilder, „depressive Psychoneurosen" *(Cimbal*[22]*)*, reaktive Depressionen mit atypischem Verlauf bei asthenischer Konstitution usw. sind dem Bilde der e. M. nahe verwandt. Was die e. M. gegenüber letzteren Bildern kennzeichnet und zur Abgrenzung dienen könnte, ist die körperliche Progredienz und die fortschreitende psychische Alteration, die über neurotische, sensitive oder hysterische Mechanismen als Stadien ohne scharfe Grenze bis zu amentiellen und deliranten Syndromen führen kann. Symptomatische Psychosen (vgl. *Hübschmann*[16]) kommen ebenfalls im prämortalen Stadium vor. Bei weiterer Verschlechterung folgt Koma und Exitus.

Exogene Syndrome.

Symptome nach Art der exogenen Reaktionstypen waren in mehreren der Fälle vorhanden: Halluzinationen (2, 3, 5, 8), Bewußtseinstrübung (5), Verwirrtheit (3). Interessant ist, wie nach Abklingen des akuten Verwirrtheitszustandes bei 3 zunächst noch ganz ähnliche Störungen der Raumempfindung zurückbleiben, wie sie ausgesprochener und wiederholt bei 8 auftraten. Die profusen Schweiße bei 8, die abnorm großen (5) und die auffallend geringen

(7) Tagesschwankungen der Temperaturkurve, das Versiegen der Schweißsekretion bei 7, die Heißhungergefühle (2) und die zeitweise gesteigerte sexuelle Erregbarkeit (3 und 7) und das vermehrte Auftreten von Pollutionen (3 und 9) sind wohl ebenfalls auf zentrale Funktionsstörungen zu beziehen. Die Beziehungen zum reflexhysterischen Flügel des epileptischen Formenkreises werden außer durch Fall 5 noch durch zwei weitere Fälle unseres Materials illustriert.

Zusammenfassung.

Allen unseren Fällen gemeinsam ist die von Kind auf bestehende körperliche Zartheit und psychisch-nervöse Überempfindlichkeit mit dem subjektiven Schwäche- und Insuffizienzgefühl und der Neigung zu sthenischen Überkompensationen. Typenmäßig gesehen divergieren sie in zwei Richtungen: Die ausgesprochensten Gegensätze zeigen Fall 5 und 6 auf der einen und Fall 7 auf der anderen Seite, dem infantilistisch-hysterischen steht der psychasthenisch-sensitive Typus gegenüber. Zwischen diese beiden Pole lassen sich die übrigen Fälle charakterologisch einordnen.

Gerade diese Fälle weisen auch in der Körperkonstitution die stärksten Unterschiede auf: Der infantil-hypoplastische Kümmerwuchs bei Fall 5 und 6 kontrastiert scharf mit dem akromegaloiden Hochwuchs bei 7.

Auf dieser Basis erwachsen auf entsprechende Milieu- und Erlebnisreize hin einerseits schwere Neurosen, bis zur „Grande Hystérie“ mit ihren starken motorischen Entäußerungen und den bekannten affektdynamischen Wirkungen, andererseits können sich gegen das kachektische und subkomatöse Stadium zu mit der Häufung endotoxischer Reize Syndrome von exogenem Typus entwickeln (amentielle und delirante Bilder). Besonders interessant ist der rasche Wechsel zwischen toxischen und psychogenen Syndromen, die von Stunde zu Stunde alternieren können. Besonders auffällig in dieser Hinsicht war Fall 5, der im einen Augenblick wie ein schweres toxisches Delir, im andern als massive Hysterie wirkte.

Die konstitutionelle oder „neurasthenische“ Depression, welche dem Bilde der e. M. nahesteht, ist wie diese durch äußerste Labilität des Lebensgefühls gekennzeichnet, der starke Schwankungen der Psychästhesie entsprechen. Fast stets kommt es zu einer Verdeutlichung der Beschwerden in neurotischer oder hysterischer Form oder zu Adlerschen Mechanismen, welche den Krankheitsprozeß be-

schleunigen können. Speziell durch letztere unterscheidet sich das psychische Bild der e. M. von neurasthenischen Bildern bei Fettsucht, welche lange nicht diese nervöse Labilität und Überempfindlichkeit und vor allem nicht solche Überspannung des Selbstgefühls aufweisen.

Im Mittelpunkt des Krankheitsgeschehens stehen Drüsen und Stoffwechsel, deren Wirkung die gesamte Persönlichkeit umgestaltet. Therapeutisch steht vor der Psychotherapie die Hormonbehandlung und die Hebung des Allgemeinzustandes durch geeignete Lebensweise und Diät. Mit jedem körperlichen Fortschritt bessert sich auch das psychische Bild; dann muß Psychotherapie unterstützend einwirken, um die neurotischen oder paranoiden Mechanismen abzubauen.

Herrn Prof. Dr. *E. Kretschmer* spreche ich an dieser Stelle für die gütige Überlassung der Arbeit und freundliche Unterstützung meinen besten Dank aus. Auch den Herren Professoren Dr. *Mauz* und Dr. *Enke* bin ich für ihre Hilfsbereitschaft sehr zu Dank verpflichtet.

Schrifttum.

1. *v. Bergmann,* Funktionelle Pathologie, Berlin: Springer 1936.
2. *Kalk* in W. Jaensch, Konstitutions- u. Erbbiol. Leipzig: Barth.
3. *Jahn* und *Greving,* Z.Nervenheilkde. 135, S. 245 (1935).
4. *Kretschmer, E.* Körperbau u. Charakter, Berlin: Springer 1931. S. 17 ff. u. 20 ff., s. auch: Körperbau u. Konstitution im Handbuch der Neurologie, Bd. VI, S. 1082 ff., Berlin: Springer 1936.
5. *Thannhauser,* IX. Verh. Ges. Verd. Krankh. Leipzig: Thieme 1930.
6. *Frank,* Handbuch der Neurologie VI, S. 1046 ff. Berlin: Springer 1936.
7. *Martini* und *Pierach,* Klin. Wschr. 1926, Nr. 39/40.
8. *Rabe,* IX. Verh. Ges. Verd. Krankh. (Aussprache.) Leipzig, Thieme 1930.
9. *Knipping,* D. med. Wschr. 1936, Nr. 27/28.
10. *Szondi,* Revision der Neurastheniefrage, Leipzig: Novak 1930.
11. *Kylin,* Magers. i. d. weibl. Spätpubertät, Dt. Arch. klin. Med. 180 (1937).
12. *Curschmann,* Z. klin. Med. 87 (1919).
13. *Meteling,* Diss. Bonn 1934.
14. *Kaufmann* in: Umfrage üb. d. Simmondssche Krankh. Med. Kl. 1936, 27/28.
15. *Kylin,* die Simmondssche Krankheit. Erg. inn. Med. 49 (1935).
16. *Hübschmann,* Münchner med. Wschr. 1937, Nr. 18.
17. *v. Weizsäcker,* D. med. Wschr. 1937, Nr. 7/8.
18. *Schargorodsky,* Z. Neur. 148, S. 382.
19. *Jaensch, W.* körperl.-seel. Auswirk. d. Stoffwechsels. Med. Kl. 1937, S. 400.
20. *Kretschmer, E.,* der sensitive Beziehungswahn. Berlin: Springer 1927, S. 40 ff.
21. *Lange,* über Melancholie. Z. Neur. 101, S. 293.
22. *Cimbal,* depressive Psychoneurosen. Z. Neur. 101, S. 77.

Ferner:

v. Bergmann, Magerkeit u. Magersucht. D. med. Wschr. 1934, Nr. 4/5.
Bickel, Presse méd. 1936, 60.
Cahane und *Cahane,* Ref. Zbl. Neur. 85, S. 208.
Enke, W., Hormonther. b. Konstit. Funktionsstör. Prakt. Arzt 1935, Nr. 10/11.
Grote und *Meng,* zit. v. Weizsäcker.
Kylin, der Blutdruck des Menschen. Leipzig: Steinkopff 1937, S. 241 ff.
Pende, Konstitution u. innere Sekretion. Leipzig: Novak 1924.
Pulay, „hypophysärer Dysproteinismus". Z. klin. Med. 127.
Schüpbach, Schweiz. med. Wschr. 1936, 50.
Thaddea, die Nebennierenrinde. Leipzig: Thieme 1936.
Wexberg, leichte Depressionszustände. Z. Neur. 112, S. 549.

Aus der älteren Literatur:

Herholdt, Auszüge aus den Tagebüchern über Rachel Hertz, Kopenhagen 1826.

Lebenslauf.

Ich wurde am 9. Oktober 1913 als Sohn des Forstassessors Erich v. Trott zu Solz und seiner Frau Hertha, geb. Wendt zu Hannover geboren. Nach dem frühen Tode meiner beiden Eltern hat mein Vormund, Bodo v. Trott zu Solz, früher Landrat in Schlüchtern, zuletzt Oberregierungsrat in Kassel, Vatersstelle an mir vertreten. Die ersten Gymnasialjahre besuchte ich die „Lateinschule" in Schlüchtern, später ging ich nach Schnepfenthal i. Thür. und die letzten vier Jahre besuchte ich die Landesschule zu Pforte, wo ich am 3. März 1931 die Reifeprüfung ablegte. Vom Winter 1931 ab studierte ich Medizin, zuerst in Heidelberg, dann in Freiburg, München, Frankfurt und Marburg. In Freiburg legte ich die ärztliche Vorprüfung ab, in Marburg bestand ich am 16. Juni 1937 das medizinische Staatsexamen. Mein praktisches Jahr verbrachte ich in Marburg an der Medizinischen Klinik und an der Universitäts-Nervenklinik.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Heidelberg: Becker, Bothe, Freudenberg, Hoepke, Jost, Kallius, Münter, Spek;

in Freiburg: Hoffmann, Kapfhammer, v. Moellendorf, Nauck, Spemann;

in München: Borst, Bumke, Felix, Lexer, Lydtin, Schittenhelm, v. Seemen, Singer, Stepp, Spatz, Straub, v. Zumbusch;

in Frankfurt: Ehrhardt, Fischer-Wasels, Hey, Guthmann, Külz, Küster, Meltzer, Schmieden, Thiel, Volhard;

in Marburg: Becher, Boeminghaus, Enke, Freudenberg, Grüter, Kehrer, Klapp, Klewitz, Kretschmer, Laubender, Mauz, Neumann, Pfannenstiel, Ruete, Schornstein, Schwenkenbecher, Uffenorde und Westphal.